개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객 권리 안내

1. 금융서비스 이용 범위

가. 고객의 개인신용정보는 **금융거래의 설정 · 유지여부 판단 목적** 및 **고객이 동의한 목적**만으로 이용됩니다.

나. 고객은 영업장 · 인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 **1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴 · 부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다.** 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴 · 부가서비스 및 신상품 · 서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 **「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조**에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

- 신청방법

전화 : 1566-7711

홈페이지 : http://www.meritzfire.com

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 **「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조**에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절 · 중지하는 경우에는 그 거절 · 중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭 · 주소 · 연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 **「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제37조**에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

- **신청방법**

  전화 : 1566-7711

  홈페이지 : http://www.meritzfire.com

- **신청자 제한** : 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 **「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조**에 따라 전국은행연합회, 신용조회회사, 금융회사 등이 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

- **신청방법**

  전화 : 1566-7711

  홈페이지 : http://www.meritzfire.com

3. 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

- **연락처**

  · 당사 고객 정보관리 · 보호인 : 02-6464-3300

  서울특별시 영등포구 여의도동 25-1번지

  · 대한손해보험협회 정보보호담당자 : 02-3702-8679

  서울특별시 종로구 수송동 80번지

  · 금융감독원 정보보호담당자 : 02-3145-7115

  서울특별시 영등포구 여의대로 97번지

메리츠금융그룹 고객정보의 취급방침

메리츠금융그룹에 많은 성원과 관심을 보내주시는 고객 여러분께 깊은 감사를 드립니다. 금융지주회사법령에 의해 금융지주회사와 자회사 등 상호간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되었습니다.

■ 금융지주회사법 제48조의 2 (고객정보의 제공 및 관리)

① 금융지주회사등은「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」제4조 제1항 및「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제32조・제33조에도 불구하고「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료(이하 "금융거래정보"라 한다) 및「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제32조 제1항에 따른 대통령령으로 정하는 개인신용정보(이하 "개인신용정보"라 한다)를 그가 속하는 금융지주회사등에게 영업상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

② 금융지주회사의 자회사등인「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하"증권총액정보등"이라 한다)를 금융지주회사등에게 영업상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 예탁한 금전의 총액
2. 예탁한 증권의 총액
3. 예탁한 증권의 종류별 총액
4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 정보

위와 같은 법률의 규정에 따라 메리츠 금융그룹은 2011. 3.28.부터 메리츠금융지주를 중심으로 자회사등간에 고객정보를 제공 및 이용하기 위하여 고객정보 취급방침을 제정・운용하고 있습니다. 이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편을 해소하고 보다 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것으로서 제공되는 정보의 종류 및 제공처는 아래와 같으며, 그 이용 또한 엄격하게 관리・감독됩니다.

< 제공되는 고객정보의 종류 >

① 금융실명거래및비밀보장에관한법률 제4조의 규정에 의한 금융거래 내용에 관한 정보
② 개인의 성명, 주소, 주민등록번호, 외국인등록번호, 국내거소신고번호, 여권번호, 성별, 국적 및 직업 등 특정 신용정보주체를 식별할 수 있는 정보

③ 대출・보증・담보제공・당좌예금(가계당좌거래 포함)・신용카드・할부금융 등 금융거래 내용
④ 개인의 재산・채무・소득의 총액・납세실적 또는 연체・부도・대지급 및 조세・공공요금등의 체납정보등 신용도 및 신용거래능력 등의 판단을 위하여 필요한 정보 등
⑤ 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자에게 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 예탁한 금전의 총액, 예탁한 증권의 총액, 예탁한 증권의 종류별 총액 등에 관한 정보 등

< 금융지주회사등의 상호 및 업종 >

메리츠금융그룹의 회사는 ㈜메리츠금융지주(금융지주회사), 메리츠화재해상보험㈜(손해보험업), 메리츠종금증권㈜(금융투자업), 메리츠자산운용㈜(자산운용업), 메리츠금융서비스㈜(보험대리업), 메리츠비즈니스서비스㈜(시설관리), PT. MERITZ KORINDO INSURANCE (손해보험업), 메리츠금융정보㈜(응용 소프트웨어 개발 및 공급업), 메리츠캐피탈㈜(할부금융업 및 시설대여업) 입니다.

< 고객정보의 제공처 >

메리츠금융그룹 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 ㈜메리츠금융지주, 메리츠화재해상보험㈜, 메리츠종금증권㈜, 메리츠자산운용㈜, 메리츠금융서비스㈜, 메리츠캐피탈㈜입니다.

< 고객정보의 보호에 관한 내부방침 >

메리츠금융그룹에서는 고객여러분의 고객정보를 보다 안전하게 관리하기 위하여 지주회사 및 자회사등간 고객정보 제공및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리・감독하에 이루어지도록 하였습니다.

1. 지주회사 및 자회사등간 고객정보의 제공 및 이용은 영업상 목적으로만 제한하였습니다.
2. 지주회사 및 각 자회사등의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보 제공 및 이용에 관한 일체의 책임을 지도록 하였습니다.
3. 지주회사 및 자회사등별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.
4. 고객정보의 요청 및 제공시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 얻은 후 요청 및 제공 하도록 하는 등 엄격한 관리・통제가 이루어지도록 하였습니다.
5. 자회사등간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 사전 검토 및 사후 보고 등 지주회사의 실질적인 감독역할을 강화하였습니다.

6. 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 제·개정시 2개 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함), 각 자회사등의 홈페이지 등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.
7. 고객정보의 제공 및 이용과 관련하여 이의를 제기하시는 고객의 정보는 보다 엄격한 관리감독을 통해 일상적인 영업활동에 이용하지 못하도록 제한하였습니다.
8. 위법·부당한 고객정보 취급 등으로 피해를 입게 된 고객분을 위해 적정한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리, 결과통지 등 민원처리관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 각 자회사등 마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제 받으실 수 있도록 하였습니다.

위의 고객정보의 취급방침은 고객에게는 질 높은 금융서비스를 제공하고, 나아가 금융산업을 선진화 시키기 위한 것입니다. 메리츠금융그룹을 사랑하시는 고객 여러분들에게 편리하고 유익한 금융거래서비스 제공을 위해 최선을 다할 것이며, 고객정보의 철저한 관리를 위해 만전을 기할 것을 약속 드립니다.
고객 여러분의 많은 협조 부탁드립니다.

메리츠금융그룹
메리츠금융지주 고객정보관리인
메리츠화재 고객정보관리인
메리츠종금증권 고객정보관리인
메리츠자산운용 고객정보관리인
메리츠금융정보 고객정보관리인
메리츠금융서비스 고객정보관리인
메리츠캐피탈 고객정보관리인

보험금 지급절차 안내장

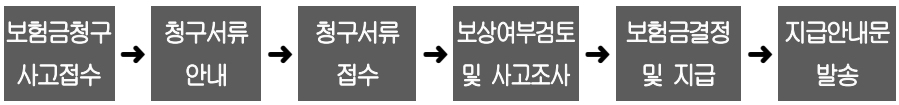
■ 보험금 청구 관련 안내

- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우엔 위임장 없이 친권자(부모) 계좌로 수령이 가능합니다.
- 상기 서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.
- 보험금 청구서류는「보험금 청구서류 안내장」을 참조하기 바랍니다.

■ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 메리츠화재보험회사에 접수되는 경우 보상처리 담당자가 지정 되며 SMS를 통해 담당자 성명과 연락처가 통보됩니다.
- 서류발송 전 문의사항 및 보상담당 부서, 담당자 연락처 등은 당사 고객컨택센터 (TEL: 1566-7711)로 문의하시기 바랍니다.
  (상담가능시간: 09시~18시)

[보험금 지급절차]



■ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
  (손해사정법인: 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체)
- 회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 **메리츠화재보험회사가 부담**하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담합니다.

■ 의료심사

- 상해 · 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며 이 경우 비용은 메리츠화재보험회사가 부담합니다.

■ 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용) 등

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 **비례보상원칙을 적용**하여 **보험금을 지급**할 수 있습니다.
- 비례보상과 관련하여 귀하가 원하실 경우 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 **청구 관련 구비서류 제출을 대행**해드립니다. 이 경우 타회사에 자료제공을 위한 **개인정보 활용에 동의**하셔야 합니다.

■ **보험금 지급 안내 및 심사 절차 조회 방법**

- 보험금이 지급되는 경우 사고 접수 시 통보하여 주신 주소로 **보험금지급안내문**이 **발송** 됩니다.
- 메리츠화재보험회사 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하시면 **계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인**하실 수 있습니다. (공인인증서가 있는 경우에만 홈페이지를 통한 확인이 가능합니다)

■ **장해진단서 제출시 유의 사항**

- 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 **3차 의료기관에서 진단을 요청**드리며 병원 진단전에 보상담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
  (3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)

■ **보험금 청구 소멸시효**

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 2년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다. (상법 제662조)

■ **재심사 청구**

- 메리츠화재보험회사의 **보험금 不지급 결정** 및 **보험금 결정액에 동의 하시지 않는 경우** 메리츠화재보험회사 소비자보호센터로 통보하시면 **재심사를 받으실 수 있습니다.**
  - ✓ 인터넷 접수: 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하여 신청
  - ✓ 우편 접수: 서울시 영등포구 여의도동25-1
    메리츠화재빌딩 11층 소비자보호센터
  - ✓ 전화 상담: 1566-7711(ARS 5번 → 2번 → 재심사청구문의)

안내말씀

귀하께서는 저희 메리츠화재해상보험㈜와 보험계약을 체결하셨습니다.
현대 사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임직원 모두가 깊이 감사드립니다.

유의사항

특별약관은 보험 증권에 명기된 것에 한하여 보장됩니다.

보험품질보증제 시행

저희 회사에서는 보험계약시 청약서 자필서명, 약관 및 청약서 부본전달, 상품의 주요내용 설명을 이행하지 아니하였을 경우 계약일로부터 3개월(단체(취급)계약의 경우에는 1개월) 이내에 이의를 제기하시고 그 사실이 인정되면 납입하신 보험료와 청약일로부터 실제 지급일까지의 경과기간에 대한 보험계약대출이율을 더한 금액을 환불하여 드립니다.

보험관련 민원상담 및 분쟁조정 안내

보험계약, 보상 관련 및 보험금 지급 등에 관하여 불만사항이 있으실 경우, 저희 회사에 이의를 제기하여 주시면, 신속하고 정확하게 처리하도록 하겠습니다. 감사합니다.
*전화 : 메리츠화재 민원상담 02-6464-3535(3522)
*홈페이지 : www.meritzfire.com > 초기화면 > 인터넷 고객센터 > 인터넷 민원(접수)

목 차

가입자 유의사항 ····· 1
주요내용 요약서 ····· 5
보험용어 해설 ····· 8

무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관

제1장 보통약관 공통사항 ····· 10
제1조(총칙)
제2조(연계보험료 중도인출 납입의 적용 요건)
제3조(연계보험료 중도인출 납입)

무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관

제1장 계약의 성립과 유지 ····· 13
제1조(계약의 성립)
제2조(청약의 철회)
제3조(약관교부 및 설명의무 등)
제4조(계약의 무효)
제5조(계약내용의 변경 등)
제6조(계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회)
제7조(계약의 소멸)
제8조(보험나이 등)
제9조(용어의 정의)

제2장 보험료의 납입 등 ····· 15
제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
제11조(제2회 이후 보험료의 납입)
제12조(보험료의 자동대출납입)
제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
제15조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

제3장 보험금의 지급 ····· 17
제16조(보험금의 종류 및 지급사유)
제17조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항)
제20조(만기환급금의 지급)
제21조(해지환급금)
제22조(배당금의 지급)
제23조(중도인출)
제24조(소멸시효)

제4장 계약 전 알릴 의무 등 ····· 20
제25조(계약 전 알릴 의무)
제26조(상해보험계약 후 알릴 의무)
제27조(알릴 의무 위반의 효과)
제28조(중대사유로 인한 해지)
제29조(사기에 의한 계약)

제5장 보험금 지급의 절차 등 ····· 22
제30조(주소변경통지)
제31조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)
제32조(대표자의 지정)
제33조(보험금 지급사유의 통지)
제34조(보험금 등 청구시 구비서류)
제35조(보험금의 지급)
제36조(환급금의 지급)
제37조(보험금 받는 방법의 변경)
제38조(계약내용의 교환)
제39조(보험계약대출)

제6장 분쟁조정 등 ····· 24
제40조(분쟁의 조정)
제41조(관할법원)
제42조(약관의 해석)
제43조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
제44조(회사의 손해배상책임)
제45조(회사의 파산선고와 해지)
제46조(예금보험기금에 의한 지급보장)
제47조(준거법)

무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 특별약관

1. 상해관련 특별약관 ····· 29
1-1. 일반상해사망보장 특별약관 ····· 29
1-2. 일반상해사망보장 추가특별약관 ····· 30
1-3. 일반상해고도후유장해보장 특별약관 ····· 31
1-4. 일반상해일반후유장해보장 특별약관 ····· 33
1-5. 일반상해사망·고도후유장해보장 특별약관 ····· 35
1-6. 일반상해사망·고도후유장해보장 추가특별약관 ····· 37
1-7. 일반상해 80%이상후유장해 재활자금보장 특별약관 ····· 39
1-8. 일반상해 50%이상후유장해 재활자금보장 특별약관 ····· 41
1-9. 교통상해사망·후유장해보장 특별약관 ····· 43
1-10. 교통상해 80%이상후유장해 재활자금보장 특별약관 ····· 46

1-11. 교통상해 50%이상후유장해 재활자금보장 특별약관 ····· 49
1-12. 업무중상해사망·후유장해보장 특별약관 ····· 52
1-13. 골프중상해사망·후유장해보장 특별약관 ····· 54
1-14. 팔 및 손가락 후유장해보장 특별약관 ····· 56
1-15. 골절(치아파절 제외)진단비보장 특별약관 ····· 58
1-16. 골절수술비보장 특별약관 ····· 59
1-17. 5대골절진단비보장 특별약관 ····· 60
1-18. 5대골절수술비보장 특별약관 ····· 61
1-19. 화상진단비보장 특별약관 ····· 62
1-20. 화상수술비보장 특별약관 ····· 63
1-21. 중증화상및부식진단비보장 특별약관 ····· 64
1-22. 상해흉터복원수술비보장 특별약관 ····· 65
1-23. 중대한특정상해수술비보장 특별약관 ····· 66
1-24. 상해수술비보장 특별약관 ····· 67
1-25. 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 68
1-26. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 69
1-27. 상해중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 70
1-28. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 72
1-29. 강력범죄피해(일상생활중)보장 특별약관 ····· 74
1-30. 교통사고부상치료비보장 특별약관 ····· 75

2. 질병관련 특별약관 ····· 77
2-1. 질병사망보장 특별약관 ····· 77
2-2. 질병사망보장 추가특별약관 ····· 78
2-3. 질병고도후유장해보장 특별약관 ····· 79
2-4. 질병일반후유장해보장 특별약관 ····· 81
2-5. 질병사망·고도후유장해보장 특별약관 ····· 83
2-6. 질병사망·고도후유장해보장 추가특별약관 ····· 85
2-7. 질병 80%이상후유장해 재활자금보장 특별약관 ····· 87
2-8. 질병 50%이상후유장해 재활자금보장 특별약관 ····· 89
2-9. 암사망·고도후유장해보장 특별약관 ····· 91
2-10. 과로사관련특정질병사망·고도후유장해보장 특별약관 ····· 94
2-11. 질병특정고도장해 재활자금보장 특별약관 ····· 96
2-12. 암진단비보장 특별약관 ····· 99
2-13. 갱신형 암진단비보장 특별약관 ····· 102
2-14. 암진단비(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 105
2-15. 갱신형 암진단비(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 108
2-16. 갱신형 이차암진단비보장 특별약관 ····· 111

2-17. 5대고액치료비암진단비보장 특별약관 ····· 114
2-18. 갱신형 5대고액치료비암진단비보장 특별약관 ····· 116
2-19. 뇌졸중진단비보장 특별약관 ····· 119
2-20. 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관 ····· 120
2-21. 뇌질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관 ····· 122
2-22. 갱신형 뇌질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관 ····· 124
2-23. 뇌질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 126
2-24. 갱신형 뇌질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 128
2-25. 급성심근경색증진단비보장 특별약관 ····· 130
2-26. 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관 ····· 132
2-27. 심장질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관 ····· 134
2-28. 갱신형 심장질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관 ····· 135
2-29. 심장질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 137
2-30. 갱신형 심장질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 138
2-31. 말기폐질환진단비보장 특별약관 ····· 140
2-32. 말기간경화진단비보장 특별약관 ····· 141
2-33. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관 ····· 142
2-34. 양성뇌종양진단비보장 특별약관 ····· 144
2-35. 갱신형 특정전염병치료비보장 특별약관 ····· 146
2-36. 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관 ····· 147
2-37. 갱신형 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관 ····· 150
2-38. 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 153
2-39. 갱신형 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 156
2-40. 18대질병수술비보장 특별약관 ····· 159
2-41. 7대질병수술비보장 특별약관 ····· 161
2-42. 호흡기관련질병수술비보장 특별약관 ····· 162
2-43. 충수염수술비보장 특별약관 ····· 163
2-44. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관 ····· 164
2-45. 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)수술비보장 특별약관 ····· 166
2-46. 갱신형 질병수술비보장 특별약관 ····· 167
2-47. 항암방사선약물치료비보장 특별약관 ····· 169
2-48. 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관 ····· 172
2-49. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 175
2-50. 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 177
2-51. 질병중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 179
2-52. 갱신형 질병중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 181
2-53. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 184
2-54. 암입원일당보장 특별약관 ····· 187

2-55. 갱신형 암입원일당보장 특별약관 ····· 190
2-56. 여성골다공증수술비보장 특별약관 ····· 193
2-57. 암케어보장 특별약관 ····· 194
2-58. 암검진서비스 추가특별약관 ····· 198

3. 상해·질병관련 특별약관 ····· 199
3-1. 갱신형 장기요양급여금(Ⅰ)보장 특별약관 ····· 199
3-2. 갱신형 장기요양급여금(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 201
3-3. 갱신형 장기요양급여금(Ⅲ)보장 특별약관 ····· 203
3-4. 5대장기이식수술비보장 특별약관 ····· 205
3-5. 각막이식수술비보장 특별약관 ····· 206
3-6. 깁스치료비보장 특별약관 ····· 207
3-7. 인공관절수술비보장 특별약관 ····· 208
3-8. 유방절제수술비보장 특별약관 ····· 210

4. 비용관련 특별약관 ····· 212
4-1. 갱신형 실손의료비보장 특별약관 ····· 212
4-2. 벌금보장 특별약관 ····· 234
4-3. 자동차사고 변호사선임비용보장 특별약관 ····· 236
4-4. 교통사고 처리지원금보장 특별약관 ····· 238
4-5. 중상해 교통사고 처리지원금보장 특별약관 ····· 241
4-6. 자동차사고 성형수술비보장 특별약관 ····· 244
4-7. 홀인원비용보장 특별약관 ····· 245
4-8. 알바트로스비용보장 특별약관 ····· 247
4-9. 골프용품손해(골프장내)보장 특별약관 ····· 249

5. 배상책임관련 특별약관 ····· 253
5-1. 일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 253
5-2. 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 258

자동갱신 특별약관 ····· 263
연계가입 특별약관 ····· 265
이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관 ····· 266
보험료 자동납입 특별약관 ····· 267
특정부위·질병부보장 특별약관 ····· 268
사망보험금 양육연금전환 특별약관 ····· 269
전자서명 특별약관 ····· 271
【 별표1 】 장해분류표 ····· 272
【 별표2 】 골절(치아파절 제외)분류표 ····· 284
【 별표3 】 골절분류표 ····· 285

【 별표4 】5대골절분류표 ····· 285
【 별표5 】화상분류표 ····· 286
【 별표6 】중대한 특정상해 분류표 ····· 287
【 별표7 】자동차사고 부상 등급표 ····· 288
【 별표8 】질병 특정고도장해 판정기준 ····· 293
【 별표9 】과로사관련특정질병 분류표 ····· 297
【 별표10 】악성신생물(암) 분류표 ····· 298
【 별표11 】제자리신생물 분류표 ····· 299
【 별표12 】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 299
【 별표13 】기관(organ) 분류표 ····· 300
【 별표14 】5대고액치료비암 분류표 ····· 302
【 별표15 】뇌졸중대상질병 분류표 ····· 303
【 별표16 】뇌혈관질환 분류표 ····· 303
【 별표17 】급성심근경색증대상질병 분류표 ····· 304
【 별표18 】허혈성심장질환 분류표 ····· 304
【 별표19 】말기 폐질환(End Stage Lung Disease) ····· 305
【 별표20 】말기 간경화(End Stage Liver Cirrhosis) ····· 305
【 별표21 】특정전염병 분류표 ····· 306
【 별표22 】18대질병 분류표 ····· 307
【 별표23 】7대질병 분류표 ····· 308
【 별표24 】호흡기관련질병 분류표 ····· 308
【 별표25 】충수염(맹장염) 분류표 ····· 309
【 별표26 】컴퓨터과잉질환(VDT증후군) 분류표 ····· 309
【 별표27 】여성골다공증 분류표 ····· 309
【 별표28 】유방절제수술 분류표 ····· 310
【 별표29 】특정부위·질병 분류표 ····· 311
【 별표29-1 】특정부위 분류표 ····· 311
【 별표29-2 】특정질병 분류표 ····· 312

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

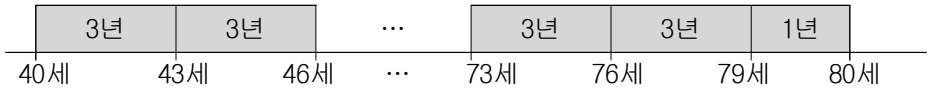
○ 배상책임 관련 보장

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 보험계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 보험계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

○ 갱신형 보장

- 갱신형 실손의료비 특별약관의 보험기간은 1년만기로, 최초가입 후 1년마다 갱신을 통해 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신형 실손의료비 특별약관을 제외한 자동갱신 적용대상 특별약관(갱신형 보장)의 보험기간은 3년만기(단, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간을 합니다)로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【갱신형 보장의 보험기간】
40세 피보험자가 갱신종료연령을 80세로하여 갱신형 보장을 가입하는 경우



- 갱신시 보험요율의 변동(연령의 증가, 손해율, 의료수가 상승 등의 변동)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

○ 저축성보험(재무케어프리)

- 보험차익(만기보험금 또는 해지환급금에서 이미 납입한 보험료를 차감한 금액)에 대한 이자소득세는 관련세법에서 정하는 요건에 부합하는 경우에 비과세가 가능합니다. 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.
- 적립이율이 변동하는 보험(금리연동형보험)상품은 적립금에 적용되는 이율([저축]공시이율)이 바뀌는 경우 지급받는

환급금의 액수도 달라질 수 있습니다.

- 환급금은 적립금에 적용되는 변동이율([저축]공시이율), 보험료에 포함된 계약체결비용 및 계약관리비용 규모 및 중도 인출 등에 따라 변동됩니다.

○ 연금저축손해보험(연금저축 은퇴케어프리)

1) 계약자가 이 계약에서 인출(연금지급 등)할 경우 관련세법에서 정하는 연금수령요건에 해당하는 금액은 연금소득세를, 연금수령요건을 충족하지 못하는 금액은 기타소득세(20%, 지방소득세 제외)를 납입하여야 합니다. 단, 계약자의 특별한 의사 표시가 없는 경우 매년 지급하는 연금액은 관련 세법에서 정한 바에 따라 연금소득으로 인정받을 수 있는 범위 이내로 합니다.

< 연금수령요건 >

· 가입일이후 5년이후 수령
· 55세이후 수령
· 연금수령한도 이내 수령

< 연금수령한도 >

$$\text{연금한도액} = \frac{\text{과세기간개시일 현재 연금재원평가총액}}{(11 - \text{연금수령연차}^{주)})} \times 1.2$$

주) 최초로 연금을 수령할 수 있는 날이 속하는 과세연도를 1년차로 보며, 연금수령연차가 11년 이상인 경우 한도 미적용

< 연금지급기간 >

① 50세 이전 연금저축 계약체결

연금개시나이	연금지급기간
55세~59세	10년, 15년, 20년, 25년
60세이상	5년, 10년, 15년, 20년, 25년

주) 만나이 기준

② 50세 이후 연금저축 계약체결

가입후 경과기간	연금지급기간
5년~9년	10년, 15년, 20년, 25년
10년이상	5년, 10년, 15년, 20년, 25년

주) 만나이 기준

2) 1)과 관련하여 이 계약 및 다른 연금계좌에서 수령한 소득세 과세대상 연금소득의 합계가 연간 1,200만원 이하인 경우 분리과세로 납세의무를 종결(적용세율 : 5%~3%)할 수 있으며, 과세대상 연금소득의 합계가 연간 1,200만원을 초과하는 경우 계약자의 다른 소득과 합산하여 종합과세 됩니다.

3) 1)에도 불구하고 다음 각 호 중 한가지에 해당하는 사유로 이 계약을 해지하거나 연금 외의 형태로 지급받는 경우에는 관련세법에서 정하는 바에 따라 기타소득세(15%, 지방소득세 제외)를 납입하게 되며, 종합과세 대상에 포함되지 않습니다.

1. 계약자의 사망
2. 천재 · 지변
3. 계약자 또는 그 부양가족의 3개월 이상의 입원치료 또는 요양을 요하는 상해 · 질병의 발생
4. 연금저축 취급기관의 영업의 정지, 영업인가 · 허가의 취소, 해산결의 또는 파산선고
5. 계약자의 해외이주
6. 계약자의 파산 또는 개인회생절차개시

4) 3) 1.에서 상속인이 배우자인 경우에는 이 계약을 승계할 수 있으며 계약자의 사망일로부터 계약이 승계되는 것으로 간주합니다.

5) 3) 각 호에 해당하는 경우에는 사유발생일부터 6개월이내에 해지 또는 계약승계를 신청해야 적용을 받을 수 있습니다.

6) 계약자는 연금지급개시일 전일까지 연단위 보험계약 해당일로 연금지급 개시시점을 선택하여야 합니다.

7) 이 계약의 세제와 관련한 사항은 관련세법의 제 · 개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

<생활케어프리>

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를

당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립부분 부리이율([보장]공시이율)의 변동, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

<재무케어프리>

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립부분 부리이율([저축]공시이율)의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

<연금저축 은퇴케어프리>

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립부분 부리이율([무배당 연금]공시이율)의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

○ 특정질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 수술 관련 보장

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

○ 입원 관련 보장

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 입원일당(임시생활비)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

○ 실손의료비 보장

- 이 특약은 발생 의료비 중 국민건강보험법 에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 비급여를 보장해주는 보험이며, 약관상 보상하지 않는 사항에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.(보상내용 및 공제금액 등은 해당약관을 참고하시기 바랍니다)

【실손의료비 범위】

총 진료비 중에서 국민건강보험에서 부담한 금액을 제외하고 환자 본인이 부담한 금액

<table>
<tr><td>국민건강보험 급여항목</td><td>비급여항목</td></tr>
<tr><td>국민건강보험 부담</td><td rowspan="2">환자본인부담</td></tr>
<tr><td>환자본인부담</td></tr>
</table>

- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.

- 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급하며, 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상한도로 합니다. 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\text{계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

- 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 계약이 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 다수의 실손의료보험계약인 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급하여 드립니다.

○ 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

보험계약자는 계약을 청약한 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러지 아니하며, 전자·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 「통신판매 계약」이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약 청약시 보험약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약 체결시 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하지 아니한 때에는 보험계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다. 단, 통신판매 계약의 경우 보험계약자가 동의하는 경우 보험약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전자적 방법으로 송부하고 보험계약자 또는 그 대리인이 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요한 내용을 보험계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 보험계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 보험계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러지 아니합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약 체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 무효(재물보장 관련)

계약을 맺을 때에 보험목적에 이미 사고가 발생하였거나, 사고의 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에 알리지 아니하였을 경우에는 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 계약의 무효(배상책임보장 관련)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

7. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 보험계약은 피보험자(보험대상자)의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터

효력을 가지지 아니합니다.

8. 계약의 소멸(연금 관련)

연금개시전 보험기간(계약일로부터 연금지급 개시 전일까지를 말합니다)중 보험목적이 소멸되어 계약을 지속할 수 없을 경우, 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

9. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후의 보험료를 「납입기일」까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 보험계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

10. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 보험계약자는 해지된 날부터 2년이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

11. 중도인출

<생활케어프리>

보장개시일(책임개시일)부터 1년이상 지난 유효한 계약으로서 보험계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험계약자가 요청한 시점에 계산된 적립부분 해지환급금(이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원리금 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80% 범위 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 보험연도 기준 연12회에 한합니다.

<재무케어프리>

보장개시일(책임개시일)부터 6개월이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험계약자가 요청한 시점에 계산된 적립부분 해지환급금(이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원리금 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 90% 범위 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 보험연도 기준 연12회에 한합니다.

단, 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 초과할 수 없습니다.

12. 계약전· 후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약이 경우에는 건강진단시) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
2) 계약후 알릴의무 : 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
   - 피보험자(보험대상자)가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우 등에는 회사에 알려야 합니다.
   - 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
   - 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
3) 알릴의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
   ※ 보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

13. 연금의 지급

계약자가 보험료를 완납한 후 연금개시전 보험기간 종료시점에서 계약이 유효한 때에는 회사는 계약자가 선택한 연금지급기간동안 연금액을 분할 계산하여 매년 계약해당일에 계약자에게 지급하여 드립니다. 다만, 계약자의 요청이 있는 경우에는 월, 3개월 또는 6개월 단위로 지급하여 드립니다.

14. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드리며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급하여 드립니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다.

15. 보험금의 지급(배상책임보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급하여 드립니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다.

16. 계약체결비용 및 계약관리비용 등 공제금액 안내

<연금저축 은퇴케어프리>

1) 기본 비용 및 수수료

(기준 : 기본계약, 40세가입, 60세 연금개시, 20년납, 월납 20만원)

구분	목적		시기	비용
보험관계비용	계약체결비용	판매보수	매월	10년이내 : 기본보험료의 1.4% (2,776원)
		유지보수	매월	7년이내 : 기본보험료의 0.8% (1,600원)
	계약관리비용		매월	납입기간이내 : 기본보험료의 4.1% (8,200원) 납입기간이후 : 3,000원
연금수령 기간중비용	연금수령기간중의 관리비용		연금수령시	연금연액의 0.5%

2) 추가 비용 및 수수료

구 분	목 적	시기	비 용
추가납입보험료	계약유지 · 관리비용	납입시	추가납입보험료의 2.5%
중도인출수수료	중도인출에 따른 비용	중도인출시	없음

17. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권(보험가입증서)

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

○ 보험계약자

보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자(보험대상자)

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자(보험금을 받는 자)

보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

○ 보험료

<생활케어프리>

1) 기본보험료

보험계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료와 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관의 보장보험료의 합계액

① 보장보험료

보험계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료

② 적립보험료

회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

2) 적립부분 순보험료

적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용 및 예정손해조사비를 공제한 후의 금액

<재무케어프리>

[1형(신규고객 일반형), 3형(기존고객 일반형)]

① 기본보험료

- 계약자가 매 보험료 납입주기 계약해당일에 납입하기로 한 보험료를 말하며, 일시납의 경우 보험계약 체결시 납입한 일시납 보험료를 말함.
- 기본보험료는 보장보험료 및 적립보험료로 구성됨
  - ▪ 보장보험료 : 보험계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료
  - ▪ 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

② 추가납입보험료 : 기본보험료 이외에 계약자가 보험기간 중에 수시로 납입할 수 있는 보험료를 말함.

[2형(신규고객 일부일시납형), 4형(기존고객 일부일시납형)]

① 기본보험료

- 계약자가 보험계약 체결시 납입한 일시납부분에 해당하는 보험료(이하「일시납부분 기본보험료」라 함) 및 매 보험료 납입주기 계약해당일에 납입하기로 한 보험료(이하「비일시납부분 기본보험료」라 함)를 말함.
- 일시납부분 기본보험료 : 일시납부분 보장보험료 및 일시납부분 적립보험료로 구성됨
- 비일시납부분 기본보험료 : 비일시납부분 보장보험료 및 비일시납부분 적립보험료로 구성됨
  - ▪ 보장보험료 : 보험계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료
  - ▪ 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

② 추가납입보험료 : 기본보험료 이외에 계약자가 보험기간 중에 수시로 납입할 수 있는 보험료를 말함.

<연금저축 은퇴케어프리>

① 기본보험료

- 계약자가 매월 또는 매3개월 계속 납입하기로 한 보험료

② 추가납입보험료

- 기본보험료 이외에 계약자가 연금개시전 보험기간 중에 수시로 납입할 수 있는 보험료로, 연금개시전 보험기간 중 납입할 수 있는 추가납입보험료의 납입한도는 이미 납입한 기본계약 기본보험료 합계액의 2배에서 이미 납입한 추가납입보험료의 합계액을 차감한 금액으로 함.

○ 보험금

피보험자(보험대상자)의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액

○ 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일(책임개시일)

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

보험계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자(보험대상자)의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 아니하고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

제1장 보통약관 공통사항

제1조(총칙)

1 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)는 다음 각 호에 정한 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304(이하「케어프리보험」이라 합니다)의 서로 다른 세목을 계약자의 선택에 의하여 가입할 수 있습니다.

① 케어프리보험 생활케어프리(이하「생활케어프리」라 합니다)
② 케어프리보험 재무케어프리(이하「재무케어프리」라 합니다)
③ 케어프리보험 연금저축 은퇴케어프리(이하「연금저축 은퇴케어프리」라 합니다)
④ 케어프리보험 자동차케어프리(이하「자동차케어프리」라 합니다)

2 계약자는 케어프리보험을 연계가입 특별약관에 따라 제1항에서 정한 서로 다른 세목(자동차케어프리 제외)을 2개 이상 연계가입할 수 있습니다.

3 제2항에 따라 케어프리보험의 서로 다른 세목을 동시에 연계가입하고 계약서류 통합 제공을 위한 조건을 충족하여 계약을 체결한 경우「개인(신용)정보 제공에 관한 서류」,「청약서(알릴의무 포함)」및「상품설명서」에 대하여 각각의 세목을 통합하여 자필서명이 가능하며, 회사는 계약자에게「통합 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)」를 제공하고, 계약을 승낙한 때에는「통합 보험증권(보험가입증서)」을 드립니다.

제2조(연계보험료 중도인출 납입의 적용 요건)

케어프리보험 재무케어프리를 가입한 계약자가 제1조(총칙) 제1항 제1호 내지 제3호에 정한 케어프리보험의 서로 다른 세목을 연계가입 특별약관에 따라 연계가입하거나, 제1조(총칙) 제1항 제4호에서 정한 자동차케어프리를 함께 가입한 경우에 한하여 제3조(연계보험료 중도인출 납입)을 적용합니다.

제3조(연계보험료 중도인출 납입)

1 계약자는 제2조(연계보험료 중도인출 납입의 적용 요건)에서 정한 각 세목별 보험료 중도인출 납입(이하「연계보험료 중도인출 납입」이라 합니다)을 각 세목별 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 각각 신청할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 연계보험료 중도인출 납입을 신청한 경우 재무케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제23조(중도인출)을 통해 아래 제3항에서 정한 중도인출 납입보험료를 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날(이하「중도인출 납입일」이라 합니다) 에 중도인출 납입 합니다.

3 연계보험료 중도인출 납입시 중도인출 납입보험료는 생활케어프리, 재무케어프리, 은퇴케어프리의 경우 각 세목별 기본보험료에서 계약관리비용(기타비용)을 제외한 금액을 말하며, 자동차케어프리의 경우 자동차케어프리 보험료 중 분할납입보험료를 말합니다.

> **【계약관리비용(기타비용)】**
> 계약관리비용(기타비용)은 회사의 사업경비(계약체결비용, 계약관리비용 및 손해조사비)를 위한 부가보험료의 일부로서 보험료의 수금에 필요한 경비를 말합니다.

4 제1항에 따른 연계보험료 중도인출 납입이 재무케어프리 적립부분 해지환급금의 부족으로 일부 세목만 중도인출 납입이 가능한 경우에는 아래에 정한 순서에 의해 납입합니다. 다만 하위순서 세목이 상위순서 세목보다 연계 납입보험료가 작아, 상위순서 세목은 중도인출 납입이 불가능하나 하위순서 세목은 중도인출 납입이 가능한 경우, 하위순서 세목 연계 납입보험료를 우선 중도인출 납입합니다

① 재무케어프리
② 자동차케어프리
③ 생활케어프리
④ 연금저축 은퇴케어프리

5 회사는 제4항에 따라 연계보험료 중도인출 납입을 더 이상 할 수 없는 경우, 해당사유가 발생한 날 30일 이전에 계약자에게 연계보험료 중도인출 납입의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항을 서면, 음성 또는 기타의 방법으로 안내하여 드립니다.

6 제1항 내지 제4항에 의한 연계보험료 중도인출 납입 기간은 각 세목별 최초 연계보험료 중도인출 납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 연계보험료 중도인출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

7 다만 제1항 내지 제4항에도 불구하고 계약자가 보통약관 제23조(중도인출) 제4항에서 정한 금액을 지급 받는 경우 연계보험료 중도인출 납입은 신청할 수 없습니다.

8 위 제1항 내지 제4항에 따라 연계보험료 중도인출 납입을 통해 보험료를 납입하는 경우 사업방법서에서 정한 할인은 적용하지 아니합니다.

무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304
생활케어프리 보통약관

제1장 계약의 성립과 유지

제1조(계약의 성립)

① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 「보험계약」은 「계약」, 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)

② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 「무진단 계약」이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 「진단계약」이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 표준이율(이하 「표준이율」이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

【표준이율】
표준이율이란 보험회사가 최소한 적립해야 할 보험료적립금의 계산 등을 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율을 말합니다.

제2조(청약의 철회)

① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 「통신판매 계약」이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율(이하 「보험계약대출이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

【보험계약대출이율】
계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한될 수 있습니다.

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 청약 시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 제3문의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약

서 부본)를 전달한 것으로 봅니다.

① 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우

② 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

4 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우

③ 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제5조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 보험종목

② 보험기간

③ 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간

④ 계약자, 피보험자(보험대상자)

⑤ 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

2 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

3 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

4 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

5 계약자가 제2항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경하는 경우, 변경된 계약자에게 보험증권(보험가입증서) 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요내용을 설명하여 드립니다.

제6조(계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 제4조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래에 한하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제7조(계약의 소멸)

1 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

2 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하여 보험금을 지급하였다 하더라도 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 계약은 소멸되지 않습니다.

3 제1항에 따라 계약이 소멸된 때에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 적립부분의 책임준비금(중도인출이 있는 경우 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 계약자에게 드립니다.

4 피보험자(보험대상자)가 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해 이외의 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금(중도인출이 있는 경우 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

3 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1990년 10월 2일, 현재(계약일) : 2013년 4월 13일

⇒ 2013년 4월 13일 - 1990년 10월 2일 = 22년 6월 11일 = 23세

제9조(용어의 정의)

이 보험에서 사용되는 보험료는 계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.

① 보장보험료 : 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

② 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

【보험료】

보험료는 보험계약자가 보험계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 「보장보험료」와 「적립보험료」로 구성되어 있습니다.

또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 위험보험료, 회사가 적립한 금액을 돌려주기 위한 적립부분 순보험료와 부가보험료(회사 운영에 필요한 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비)로 구성됩니다.

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

보장보험료 = 위험보험료 + 부가보험료

적립보험료 = 적립부분 순보험료 + 부가보험료

제2장 보험료의 납입 등

제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제11조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 「납입기일」 이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제12조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제21조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 「납입기일」 까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

2 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 표준이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(계약의 성립), 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제25조(계약 전 알릴 의무), 제27조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제29조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 최초계약 청약시 제25조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제27조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제15조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된

경우 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제5조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 아니하는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.
또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제3장 보험금의 지급

제16조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

② 보험기간 중 상해로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

③ 보험기간 중 상해로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 【별표1(장해분류표)】에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급합니다.

제17조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

2 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호를 적용합니다.

3 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

4 【별표1(장해분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

8 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

9 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

10 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

11 회사는 하나의 상해로 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 또는 제3호에서 정한 후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.

제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
③ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항)

1 이 보험의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 계약체결비용, 계약관리비용 및 예정손해조사비를 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 [보장]공시이율로 합니다.

【적립부분 부리(附利)이율】
적립부분 책임준비금 계산시 적립부분 순보험료에 대한 이자를 계산할 때 적용하는 이율을 말합니다.

2 [보장]공시이율은 매월 말일(다만, 말일이 토요일 또는 공휴일인 경우는 직전의 평일로 함) 이전에 산출하며, 그 익월에 한하여 적용합니다.

3 회사는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리수익률을 고려하여 산출된 공시기준이율에서 조정이율을 감안하여 [보장]공시이율을 결정하며, [보장]공시이율은 공시기준이율의 90% ~ 110% 범위 내에서 정합니다.

4 [보장]공시이율의 최저보증이율은 연복리 1.25%로 합니다.

5 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 [보장]공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

6 회사는 사업년도 만료일 기준으로 1년이상 유지된 계약에 대하여 계약자에게 연1회이상 [보장]공시이율의 변경내역을 통지합니다.

7 세부적인 [보장]공시이율의 운영방법은 회사에서 별도로 정한 「[보장]공시이율 적용에 관한 세부지침」을 따릅니다.

【[보장]공시이율】
전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.

【최저보증이율】
회사의 운용자산이익률 및 외부지표금리수익률이 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 [보장]공시이율에 따라 부리되며 [보장]공시이율이 1%인 경우, 적립금은 [보장]공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율(1.25%)로 부리됩니다.

제20조(만기환급금의 지급)

1 회사는 계약자가 보험료의 납입을 완료하고 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)로부터 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항)에서 정한 이 계약의 적립부분 부리이율(이하 「[보장]공시이율」이라 합니다)로 적립한 금액(중도인출이 있는 경우 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 만기환급금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

2 보험료 납입기간중에 제9조(용어의 정의)에서 정한 적립보험료를 감액하거나 중도인출을 하는 경우 제1항의 만기환급금은 가입시점의 예상금액보다 감소할 수 있습니다.

【만기환급금의 계산】
만기환급금은 납입보험료 중 적립부분 순보험료를 적립부분 부리이율로 적립한 금액으로 중도인출이 있는 경우 이를 차감하고 적립한 금액입니다.

제21조(해지환급금)

1 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다. 이 때, 적립부분 순보험료에 대하여는 회사의 보장개시일(책임개시일)로부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 중도해지시 적용이율을 적용합니다.

경과기간	중도해지시 적용이율
1년미만	[보장]공시이율 × 80%
1년이상 ~ 2년미만	[보장]공시이율 × 90%
2년이상	[보장]공시이율 × 100%

【보험료 납입경과기간에 따른 이율 적용 예시】

1. 보장개시일(책임개시일)로부터 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「[보장]공시이율 × 80%」 적용
2. 보장개시일(책임개시일)로부터 1년 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「[보장]공시이율 × 90%」 적용
3. 보장개시일(책임개시일)로부터 2년 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 「[보장]공시이율」 적용

2 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 아니합니다.

제23조(중도인출)

계약자는 보장개시일(책임개시일)로부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점에서 계산된 적립부분 해지환급금(이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원리금 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80% 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험연도 기준 연12회에 한하여 중도인출 할 수 있습니다.

【보험연도】

당해연도 보험계약 해당일로부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어, 보험계약일이 2013년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년

【중도인출금의 한도 예시】

계약자가 요청한 시점에서 계산된 적립부분 해지환급금이 100만원인 경우 중도인출 가능액은 80만원(100만원의 80%)이며, 보험계약대출금(원리금 합계가 30만원이라고 가정)이 있는 경우 중도인출 가능액은 50만원(80만원-30만원)입니다.

제24조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 지급사유가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제4장 계약 전 알릴 의무 등

제25조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 지급거절 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】
보험계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제26조(상해보험계약 후 알릴 의무)
1 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
3 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
4 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 그러하지 아니합니다.
5 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【중과실(중대한 과실)】
주의의무의 위반이 현저한 과실,「중대한 과실」, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제27조(알릴 의무 위반의 효과)
1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 제25조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제26조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
2 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
① 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자(보험대상자)의 경우에는 1년)이 지났을 때
③ 계약체결일부터 3년이 지났을 때
④ 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

3 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다.

5 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제26조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

6 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제28조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

② 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제21조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제29조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급의 절차 등

제30조(주소변경통지)

1 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자 등이 알리지 아니한 경우에는 계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

제31조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인, 이외의 보험금은 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제32조(대표자의 지정)

1 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.

2 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩

니다.
3 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제33조(보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제34조(보험금 등 청구시 구비서류)
1 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
④ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제35조(보험금의 지급)
1 회사는 제34조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
2 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제34조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
① 소송제기
② 분쟁조정 신청
③ 수사기관의 조사
④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
⑤ 제5항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
⑥ 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제9항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
3 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.
4 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
5 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제27조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

【영업일】
「토요일」, 「일요일」, 「관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일」 및 「근로자의 날」을 제외한 날을 의미합니다.

제36조(환급금의 지급)
1 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 [보장]공시이율 + 1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
2 회사는 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 [보장]공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

3 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알린 경우의 만기환급금과 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 [보장]공시이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%의 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제37조(보험금 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제38조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의), 제33조(개인신용정보의 이용) 및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의), 「개인정보보호법」 제15조(개인정보의 수집·이용), 제17조(개인정보의 제공), 제22조(동의를 받는 방법), 제23조(민감정보의 처리 제한) 및 제24조(고유식별정보의 처리제한)의 규정을 따릅니다.

① 계약자, 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
② 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액등 계약내용
③ 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유등 지급내용
④ 피보험자(보험대상자)의 상해 및 질병에 관한 정보

제39조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

2 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.

4 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6장 분쟁조정 등

제40조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제41조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제42조(약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보험금을 지급하지 아니하는 사유 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제43조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생된 손해에 대하여 관계 법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제45조(회사의 파산선고와 해지)

1 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제46조(예금보험기금에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약은 제외)

예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제47조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304
생활케어프리 특별약관

1. 상해관련 특별약관

1-1. 일반상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 일반상해사망보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하「상해」라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-2. 일반상해사망보장 추가특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 일반상해사망보장 추가특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하 「상해」 라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-3. 일반상해고도후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)에게 이 일반상해고도후유장해보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하 「상해」 라 합니다)를 입고 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】 에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 【별표1(장해분류표)】 에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】 의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-4. 일반상해일반후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)에게 이 일반상해일반후유장해보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하「상해」라 합니다)를 입고【별표1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게【별표1(장해분류표)】에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되【별표1(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③【별표1(장해분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표1(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에【별표1(장해분류표)】상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-5. 일반상해사망·고도후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)에게 이 일반상해사망·고도후유장해보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하 「상해」 라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

② 보험기간 중 상해로 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호를 적용합니다.

3 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】 에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

4 【별표1(장해분류표)】 에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】 의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

8 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이

지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하여 보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

④ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-6. 일반상해사망·고도후유장해보장 추가특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)에게 이 일반상해사망·고도후유장해보장 추가특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하 「상해」 라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

② 보험기간 중 상해로 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호를 적용합니다.

3 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】 에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

4 【별표1(장해분류표)】 에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】 의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

8 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이

지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하여 보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

④ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-7. 일반상해 80%이상후유장해 재활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 일반상해 80%이상후유장해 재활자금보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하「상해」라 합니다)로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 일반상해 80%이상후유장해 재활자금을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 【별표1(장해분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률 결정합니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 재활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재활자금에서 이미 지급받은 재활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 재활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 재활자금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재활자금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 재활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 재활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 재활자금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(일반상해 80%이상후유장해 재활자금)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당된 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 일반상해 80%이상후유장해 재활자금으로 매년 사고발생일에 확정 지급하여 드립니다. 다만, 재활자금 지급을 위한 사고발생일이 없는 때에는 사고발생일이 속하는 달의 말일에 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
일반상해 80%이상후유장해 재활자금	보험가입금액의 10%를 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】
사고발생일 : 2012년 2월 29일 ⇒ 보험금 지급일 : 2014년 2월 28일

2 제1항의 금액은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 표준이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 일반상해 80%이상후유장해 재활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-8. 일반상해 50%이상후유장해 재활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 일반상해 50%이상후유장해 재활자금보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하「상해」라 합니다)로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 일반상해 50%이상후유장해 재활자금을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 【별표1(장해분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률 결정합니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 재활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재활자금에서 이미 지급받은 재활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 재활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 재활자금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재활자금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 재활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 재활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 재활자금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(일반상해 50%이상후유장해 재활자금)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당된 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 일반상해 50%이상후유장해 재활자금으로 매년 사고발생일에 확정 지급하여 드립니다. 다만, 재활자금 지급을 위한 사고발생일이 없는 때에는 사고발생일이 속하는 달의 말일에 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
일반상해 50%이상후유장해 재활자금	보험가입금액의 10%를 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】
사고발생일 : 2012년 2월 29일 ⇒ 보험금 지급일 : 2014년 2월 28일

2 제1항의 금액은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 표준이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 일반상해 50%이상후유장해 재활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-9. 교통상해사망·후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 다음에 정한 운전자(자가용)형, 비운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상하여 드립니다.

운전자(자가용)형

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)에게 이 교통상해사망·후유장해보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「교통상해」 라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

⑴ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고

⑵ 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고

⑶ 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 아니하고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

② 보험기간 중에 교통상해로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

③ 보험기간 중에 교통상해로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 【별표1(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급합니다.

비운전자형

회사는 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「자동차 비운전중 교통상해」 라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

⑴ 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고

⑵ 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 아니하고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

② 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

③ 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 【별표1(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급합니다.

【 용어풀이 】

1. 「자동차」 라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(“승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차”를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.
2. 「기타 교통수단」 이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
   ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
③ 항공기, 선박(요트, 모타보트, 보트 포함)
④ 6종건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 아니합니다)

3.「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호를 적용합니다.

3 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

4 【별표1(장해분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

8 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

9 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

⑪ 회사는 하나의 상해로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 및 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 또는 제3호에서 정한 후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안

② 하역작업을 하는 동안

③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하여 보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

④ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-10. 교통상해 80%이상후유장해 재활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 다음에 정한 운전자(자가용)형, 비운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상하여 드립니다.

운전자(자가용)형

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 교통상해 80%이상후유장해 재활자금보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「교통상해」라 합니다)로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 교통상해 80%이상후유장해 재활자금을 지급하여 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)

② 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 아니하고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

비운전자형

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「자동차 비운전중 교통상해」라 합니다)로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 교통상해 80%이상후유장해 재활자금을 지급하여 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 아니하고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1. 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다). 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.
2. 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
   ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스칼레이터, 모노레일
   ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
   ③ 항공기, 선박(요트, 모타보트, 보트를 포함합니다)
   ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 아니합니다)
3. 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은

상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 【별표1(장해분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

4 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 재활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재활자금에서 이미 지급받은 재활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 재활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 재활자금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재활자금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 재활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 재활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 재활자금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안

② 하역작업을 하는 동안

③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(교통상해 80%이상후유장해 재활자금)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 교통상해 80%이상후유장해 재활자금으로 매년 사고발생일에 확정 지급하여 드립니다. 다만, 재활자금 지급을 위한 사고발생일이 없는 때에는 사고발생일이 속하는 달의 말일에 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
교통상해 80%이상후유장해 재활자금	보험가입금액의 10%를 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】

사고발생일 : 2012년 2월 29일 ⇒ 보험금 지급일 : 2014년 2월 28일

2 제1항의 금액은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 표준이율로 할인된 금

액을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 교통상해 80%이상후유장해 재활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-11. 교통상해 50%이상후유장해 재활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 다음에 정한 운전자(자가용)형, 비운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상하여 드립니다.

운전자(자가용)형

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 교통상해 50%이상후유장해 재활자금보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「교통상해」라 합니다)로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 교통상해 50%이상후유장해 재활자금을 지급하여 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고

② 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 아니하고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

비운전자형

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「자동차 비운전중 교통상해」라 합니다)로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 교통상해 50%이상후유장해 재활자금을 지급하여 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 아니하고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1. 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다). 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.
2. 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
   ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스칼레이터, 모노레일
   ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
   ③ 항공기, 선박(요트, 모타보트, 보트를 포함합니다)
   ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 아니합니다)
3. 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는

경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되【별표1(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 【별표1(장해분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표1(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

4 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에【별표1(장해분류표)】상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 재활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재활자금에서 이미 지급받은 재활자금을 차감하여 지급합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 재활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 재활자금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재활자금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 재활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 재활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 재활자금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안

② 하역작업을 하는 동안

③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(교통상해 50%이상후유장해 재활자금)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 교통상해 50%이상후유장해 재활자금으로 매년 사고발생일에 확정 지급하여 드립니다. 다만, 재활자금 지급을 위한 사고발생일이 없는 때에는 사고발생일이 속하는 달의 말일에 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
교통상해 50%이상후유장해 재활자금	보험가입금액의 10%를 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】

사고발생일 : 2012년 2월 29일 ⇒ 보험금 지급일 : 2014년 2월 28일

2 제1항의 금액은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 표준이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 교통상해 50%이상후유장해 재활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-12. 업무중상해사망·후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)에게 이 업무중상해 사망·후유장해보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중에 업무중 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「업무중 사고」 라 합니다)로 업무중(출·퇴근을 포함합니다)에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「업무중 상해」 라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

② 보험기간 중에 업무중 상해로 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

③ 보험기간 중에 업무중 상해로 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호를 적용합니다.

3 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】 에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

4 【별표1(장해분류표)】 에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】 의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

8 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차

감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

9 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

10 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

11 회사는 하나의 상해로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 및 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 또는 제3호에서 정한 후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하여 보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

3 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-13. 골프중상해사망·후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)에게 이 골프중상해 사망·후유장해보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중에 골프중상해(보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그 이외의 부속시설을 포함) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식 포함) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「골프중상해」 라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

② 보험기간 중에 골프중상해로 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

③ 보험기간 중에 골프중상해로 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 각 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호를 적용합니다.

3 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】 에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

4 【별표1(장해분류표)】 에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】 의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

8 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이

지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

9 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

10 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

11 회사는 하나의 상해로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 및 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 또는 제3호에서 정한 후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하여 보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

3 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-14. 팔 및 손가락 후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 팔 및 손가락 후유장해보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하「상해」라 합니다)로 어깨부위 이하가 절단되었거나 또는 어깨부위, 팔꿈치, 손목 및 손가락에 관절운동장해(이하「후유장해」라 합니다)상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 【별표1(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 팔 및 손가락 후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률로 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되【별표1(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 【별표1(장해분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표1(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에【별표1(장해분류표)】상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 위 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-15. 골절(치아파절 제외)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 골절(치아파절 제외)진단비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하「상해」라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 【별표2(골절(치아파절 제외)분류표)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절 제외)진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자(보험대상자)가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

② 회사는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해는 보상하지 아니합니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절 제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-16. 골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 골절수술비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 무배당 메리츠케어프리보험 M-Basket 1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하 「상해」 라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 **【별표3(골절분류표)】** 에서 정하는 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 수익자에게 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자(보험대상자)가 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받을 경우에는 한 종류의 골절수술비만을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)

② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어 「수술」 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)에 의하여 골절의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 골절의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-17. 5대골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 5대골절진단비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하「상해」라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 【별표4(5대골절분류표)】에서 정하는 5대골절로 진단확정시 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자(보험대상자)가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급하여 드립니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-18. 5대골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 5대골절수술비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하「상해」라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 【별표4(5대골절분류표)】에서 정하는 5대골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자(보험대상자)가 하나의 사고로 두 종류 이상의 5대골절수술을 받을 경우에는 한 종류의 5대골절수술비만을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)

② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 5대골절의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 5대골절의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-19. 화상진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 화상진단비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 **【별표5(화상분류표)】**에서 정하는 화상으로 진단확정시 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 지급합니다.

② 제1항의 「화상」 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 의하여 **【별표5(화상분류표)】**에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자(보험대상자)가 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에는 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-20. 화상수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 화상수술비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 【별표5(화상분류표)】에서 정하는 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 화상이라 함은 【별표5(화상분류표)】에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받을 경우에는 한 종류의 화상수술비만을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)

② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 화상의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 화상의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-21. 중증화상및부식진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 중증화상및부식진단비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 중증화상및부식으로 진단확정시 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상및부식진단비로 지급합니다.

제2조(중증화상및부식진단의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어「중증화상및부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」이라 함은「9의 법칙(Rule of 9's)」또는「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)」에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다. 다만,「9의 법칙」또는「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트」측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 이용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② 「중증화상및부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「중증화상및부식」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

【의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)】

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중증화상및부식진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-22. 상해흉터복원수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 상해흉터복원수술비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해로 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년 경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 지급합니다.

구분	안면부	상지・하지
상해흉터복원수술비	수술 1Cm당 14만원	수술 1Cm당 7만원 (단, 3Cm이상의 경우에 한합니다.)

주) 길이측정이 불가한 식피술등의 경우 수술Cm는 최장직경으로 합니다.

【용어풀이】

안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급하여 드립니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급하여 드립니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「상해흉터복원수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에「상해흉터복원수술」을 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-23. 중대한특정상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 중대한특정상해수술비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로「개두(開頭)수술」,「개흉(開胸)수술」또는「개복(開腹)수술」을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한특정상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자(보험대상자)가 동일한 사고로 인하여 중대한특정상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 지급합니다.

제3조(중대한특정상해수술 보장의 정의 및 진단 확정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표6(중대한특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표6(중대한 특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.

3 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서「개두(開頭)수술」,「개흉(開胸)수술」,「개복(開腹)수술」이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은「개두(開頭)수술」,「개흉(開胸)수술」,「개복(開腹)수술」로 보지 아니합니다.

① 「개두(開頭)수술」이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

② 「개흉(開胸)수술」이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

③ 「개복(開腹)수술」이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.

4 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「뇌손상」또는「내장손상」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에「뇌손상」또는「내장손상」의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중대한특정상해수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-24. 상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 상해수술비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해의 직접적인 결과로써 수술을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해수술비는 매 사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
③ 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
  ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
  ㉡ 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
  ㉢ 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
  ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-25. 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.

4 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-26. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.

4 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-27. 상해중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 상해중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실 입원일당으로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

2 상해중환자실 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

3 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제2항의 규정에 따라 상해중환자실 입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 경우에는 회사는 상해중환자실 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트

이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

1-28. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 상해입원일당은 지급하여 드리지 아니합니다. 이 경우 보통약관 제31조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)에도 불구하고 피보험자(보험대상자)를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제4항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급하여 드립니다.

③ 제2항의 간병인이라 함은 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자(보험대상자)를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말합니다.

④ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

【 간병인의 주요 업무[예시] 】

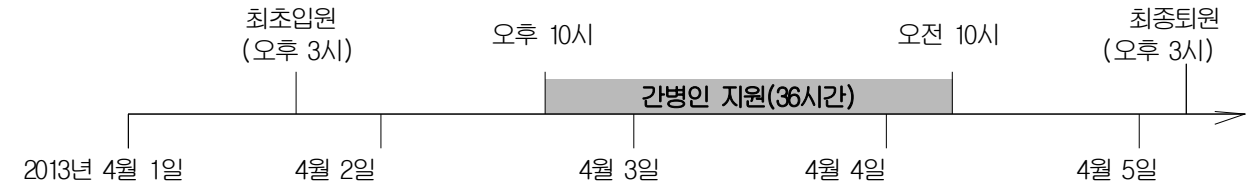
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 일반상해입원일당의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 아니한 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 아니합니다.

【 상해입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수[예시]】



- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간병인 사용일수 : 2일 (36시간)
- 상해입원일당 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상하여 드립니다

④ 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 상해에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해입원일당 또는 간병인을 계속 보상하여 드립니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니하거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑦ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항 제3문에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등으로 병원 또는 의원에서 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 함)
③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
④ 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 함)
⑤ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
2 제1항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
2 제1항 이외에 회사의 사정으로 이 특별약관에 의한 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 이 특별약관을 보통약관 제5조(계약내용의 변경 등)에 따라 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관으로 변경하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-29. 강력범죄피해(일상생활중)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 이 강력범죄피해(일상생활중)보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 일상생활 중에서 아래에 정한 강력범죄사고로 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 피해가 발생하였을 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄피해(일상생활중) 보험금으로 지급합니다.

① 형법 제 24 장에서 말하는 살인의 죄
② 형법 제 25 장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
③ 형법 제 32 장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
④ 형법 제 38 장에서 말하는 절도와 강도의 죄 중 강도의 죄
⑤ 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

2 제1항에도 불구하고 제1항에 정한 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭력 등으로 피보험자(보험대상자)의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)가 범죄행위를 하던 중 또는「폭처법」제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
② 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의 또는 피보험자(보험대상자)의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
③ 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
④ 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때 생긴 손해
⑤ 피보험자(보험대상자)와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

【폭력행위 등 처벌에 관한 법률 제4조 (단체등의 구성·활동)】

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로한 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 자는 다음의 구별에 의하여 처벌한다.
1. 수괴는 사형, 무기 또는 10년이상의 징역에 처한다
2. 간부는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다
3. 그외의 자는 2년 이상의 유기징역에 처한다

제3조(보험금 등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 청구할 때에는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제34조(보험금 등 청구시 구비서류)의 구비서류 및 다음 서류를 제출하여야 합니다.

① 경찰서사건신고확인원(관할경찰서장 발행)
② 의사진단서 등

2 회사는 필요한 경우에는 피보험자(보험대상자) 또는 그와 세대를 같이 하는 친족 등을 대상으로 사고상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

1-30. 교통사고부상치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 다음에 정한 운전자(자가용)형, 비운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상하여 드립니다.

운전자(자가용)형

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 교통사고부상치료비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 아래에서 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한【별표7(자동차사고 부상 등급표)】의 상해등급을 받은 경우 아래에 정한 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 교통사고부상치료비로 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 10만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급	600만원
2급~4급	300만원
5급	150만원
6급	80만원
7급	40만원
8급~11급	20만원
12급~14급	10만원

① 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다.)

② 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다.)

③ 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 탑승하지 아니하고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다.)

비운전자형

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 아래에서 정한 자동차 비운전중 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한【별표7(자동차사고 부상 등급표)】의 상해등급을 받은 경우 아래에 정한 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 교통사고부상치료비로 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 10만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급	600만원
2급~4급	300만원
5급	150만원
6급	80만원
7급	40만원
8급~11급	20만원
12급~14급	10만원

① 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다.)

② 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 탑승하지 아니하고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다.)

【용어풀이】

1. 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다.

   다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.
2. 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안

② 하역작업을 하는 동안

③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제3조(보통약관과의 관계)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2. 질병관련 특별약관

2-1. 질병사망보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 질병사망보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중 진단확정된 질병으로 인하여 사망하였을 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병사망보험금 중 해당 질병과 관련한 질병사망보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-2. 질병사망보장 추가특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 질병사망보장 추가특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다)중 진단확정된 질병으로 인하여 사망하였을 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병사망보험금 중 해당 질병과 관련한 질병사망보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-3. 질병고도후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)에게 이 질병고도후유장해보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 진단확정된 질병으로【별표1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되【별표1(장해분류표)】에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3【별표1(장해분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표1(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에【별표1(장해분류표)】상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만,【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

9 회사는 하나의 질병으로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.

10 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금 중 해당 질병과 관련한 고도후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

11 제10항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신

되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑫ 제11항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑬ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-4. 질병일반후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 질병일반후유장해보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다)중 진단확정된 질병으로 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 각 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 질병일반후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호를 적용합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】 에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 【별표1(장해분류표)】 에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】 의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

9 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병일반후유장해보험금 중 해당 질병과 관련한 질병일반후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

10 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신

되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑪ 제10항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑫ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-5. 질병사망·고도후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)에게 이 질병사망·고도후유장해보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다)중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중 진단확정된 질병으로 사망한 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

② 보험기간 중 진단확정된 질병으로 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】 에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 【별표1(장해분류표)】 에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】 의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

9 회사는 하나의 질병으로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 및 제1조(보험금의 종류 및 지급

사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.
⑩ 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 중 해당 질병과 관련한 사망보험금 및 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 중 해당 질병과 관련한 고도후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
⑪ 제10항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑫ 제11항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑬ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 때에는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하여 보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.
③ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
④ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-6. 질병사망·고도후유장해보장 추가특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)에게 이 질병사망·고도후유장해보장 추가특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다)중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중 진단확정된 질병으로 사망한 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

② 보험기간 중 진단확정된 질병으로 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】 에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 【별표1(장해분류표)】 에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】 의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

9 회사는 하나의 질병으로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 및 제1조(보험금의 종류 및 지급

사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.
⑩ 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 중 해당 질병과 관련한 사망보험금 및 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 중 해당 질병과 관련한 고도후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
⑪ 제10항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑫ 제11항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑬ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 때에는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하여 보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.
③ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
④ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-7. 질병 80%이상후유장해 재활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 질병 80%이상후유장해 재활자금보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 질병 80%이상후유장해 재활자금을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】 에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 【별표1(장해분류표)】 에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】 의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 재활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재활자금에서 이미 지급받은 재활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 재활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 재활자금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재활자금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 재활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 재활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 재활자금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

9 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병 80%이상후유장해 재활자금 중 해당 질병과 관련한 질병 80%이상후유장해 재활자금을 지급하지 아니합니다.

10 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

11 제10항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관

(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑫ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(질병 80%이상후유장해 재활자금)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당된 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 질병 80%이상후유장해 재활자금으로 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 재활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 보험금 지급사유 발생해당일이 속하는 달의 말일에 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
질병 80%이상후유장해 재활자금	보험가입금액의 10%를 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】
보험금 지급사유 발생해당일 : 2012년 2월 29일 ⇒ 보험금 지급일 : 2014년 2월 28일

② 제1항의 금액은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 표준이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

①제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병 80%이상후유장해 재활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-8. 질병 50%이상후유장해 재활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 질병 50%이상후유장해 재활자금보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 질병 50%이상후유장해 재활자금을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 【별표1(장해분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 재활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재활자금에서 이미 지급받은 재활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 재활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 재활자금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재활자금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 재활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 재활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 재활자금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

9 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병 50%이상후유장해 재활자금 중 해당 질병과 관련한 질병50%이상후유장해 재활자금을 지급하지 아니합니다.

10 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

11 제10항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관

(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑫ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(질병 50%이상후유장해 재활자금)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당된 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 질병 50%이상후유장해 재활자금으로 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 재활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 보험금 지급사유 발생해당일이 속하는 달의 말일에 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
질병 50%이상후유장해 재활자금	보험가입금액의 10%를 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2012년 2월 29일 ⇒ 보험금 지급일 : 2014년 2월 28일

② 제1항의 금액은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 표준이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병 50%이상후유장해 재활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-9. 암사망·고도후유장해보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 암사망·고도후유장해보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 특별약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 제1항에도 불구하고 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다.

3 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

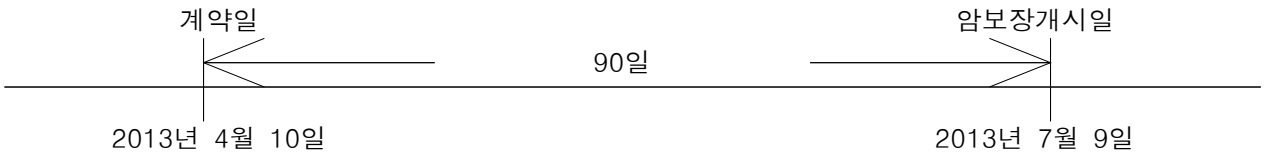
4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시]



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인하여 사망한 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

② 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 【별표1(장해분류표)】에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호를 적용합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 후유장해보험금 지급을 위한 장해지급률이 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 【별표1(장해분류표)】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
4 동일한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

9 회사는 하나의 질병으로 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 및 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.
10 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 중 해당 질병과 관련한 사망보험금 및 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 중 해당 질병과 관련한 고도후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
11 제10항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.
12 제11항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
13 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.
2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
3 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
4 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic

system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「암」,「기타피부암」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제6조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제7조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)로 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 때에는 보상하여 드리지 아니합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하여 보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

3 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-10. 과로사관련특정질병사망·고도후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 과로사관련특정질병사망·고도후유장해보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중 진단확정된 과로사관련특정질병으로 인하여 사망한 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

② 보험기간 중 진단확정된 과로사관련특정질병으로 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

2 제1항의 과로사관련특정질병이라 함은 【별표9(과로사관련특정질병 분류표)】 에서 정한 바이러스 간염, 고혈압성 심장병, 고혈압성 심장 및 신장질환, 급성심근경색증, 협심증, 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 고혈압성 뇌병증 및 간의 질환을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호를 적용합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 【별표1(장해분류표)】 에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 【별표1(장해분류표)】 에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1(장해분류표)】 의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1(장해분류표)】 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1(장해분류표)】 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

① 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

② 제1호 이외에 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑨ 회사는 하나의 질병으로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금 및 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.

⑩ 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호의 사망보험금 중 해당 질병과 관련한 사망보험금 및 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호의 고도후유장해보험금 중 해당 질병과 관련한 고도후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑫ 제11항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑬ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 때에는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하여 보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

④ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-11. 질병특정고도장해 재활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 질병특정고도장해 재활자금보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중 진단확정된 질병을 직접적인 원인으로 아래의 어느 한가지 경우에 해당된 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 질병특정고도장해 재활자금을 지급하여 드립니다. 다만, 어떠한 경우에도 질병특정고도장해 재활자금은 중복하여 지급하지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)가 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어【별표8(질병 특정고도장해 판정기준)】에서 정한 장해상태(이하「질병특정고도장해」라 합니다)가 되었을 경우

② 피보험자(보험대상자)가 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고「장애인복지법 시행령」제2조 및「장애인복지법 시행규칙」제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다. 이하 같습니다)이 되었을 경우

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병특정고도장해 재활자금 중 해당 질병과 관련한 질병특정고도장해 재활자금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 피보험자(보험대상자)의 선천적기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 근거한 병상

제4조(질병특정고도장해의 정의)

1 이 특별약관에 있어「질병특정고도장해」라 함은【별표8(질병특정고도장해 판정기준)】의 1.에서 정하는 장해상태가 되었을 경우 및【별표8(질병특정고도장해 판정기준)】의 2.~8.에서 정한 장해상태에 해당되어 그 상태가 영구히 지속된다는 의사의 진단확정을 받았을 경우를 말하며, 이 경우 의사의 진단확정은 장해 상태의 원인이 되는 질병의 최초 진단일로부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다.

2 회사는 피보험자(보험대상자)의 장해상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 최초 진단일로부터 180일이 지난 날의 의사진단에 기초하여 장해상태를 결정합니다.

제5조(질병특정고도장해 재활자금)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 또는 제2호에 해당된 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 질병특정고도장해 재활자금으로 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급하여 드립니다. 다만, 재활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 보험금 지급사유 발생해당일이 속하는 달의 말일에 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
질병특정고도장해 재활자금	보험가입금액의 10%를 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2012년 2월 29일 ⇒ 보험금 지급일 : 2014년 2월 28일

2 제1항의 금액은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 표준이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병특정고도장해 재활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

【장애인복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)】

①「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 자를 말한다.

② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

[별표 1] 장애인의 종류 및 기준

1. 지체장애인(肢體障碍人)
   가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람
   나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
   다. 한 다리를 리스프랑(Lisfranc : 발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
   라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
   마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람
   바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람
   사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람
2. 뇌병변장애인(腦病變障碍人)
   뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람
3. 시각장애인(視覺障碍人)
   가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람
   나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
   다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
   라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람
4. 청각장애인(聽覺障碍人)
   가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
   나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람
   다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
   라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 언어장애인(言語障碍人)
   음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

【장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)】

①「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 별표 1과 같다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.

[별표 1] 장애인의 장애등급표

1. 지체장애인

가. 신체의 일부를 잃은 사람

제1급

1. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람
2. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제2급

1. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
2. 한 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람
3. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

나. 관절장애가 있는 사람

제1급

1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제2급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
4. 두 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

다. 지체기능장애가 있는 사람

제1급

1. 두 팔의 기능을 잃은 사람
2. 두 다리의 기능을 잃은 사람

제2급

1. 한 팔의 기능을 잃은 사람
2. 두 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 두 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 경추와 흉요추의 기능을 잃은 사람

2. 뇌병변장애인

제1급

보행이 불가능하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 도움과 보호가 필요한 사람

제2급

1. 보행이 현저하게 제한되었거나 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
2. 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

3. 시각장애인

제1급

좋은 눈의 시력(공인된 시력표에 의하여 측정한 것을 말하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람

제2급

좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람

4. 청각장애인

가. 청력을 잃은 사람

제2급

두 귀의 청력을 각각 90데시벨(dB) 이상 잃은 사람(두 귀가 완전히 들리지 아니하는 사람)

2-12. 암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 암진단비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

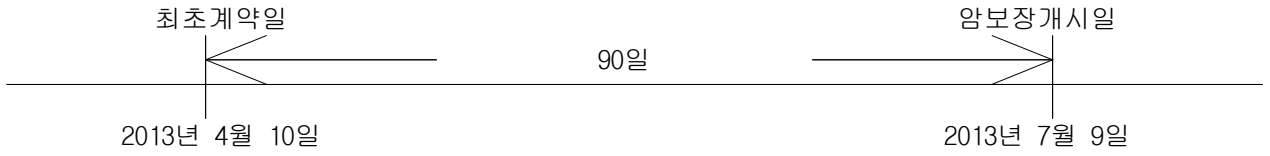
④ 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 암진단비를 지급합니다. 다만,「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」 및「갑상선암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암진단비 중 해당 질병과 관련한 암진단비를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
3 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
5 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
6「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(암진단비)

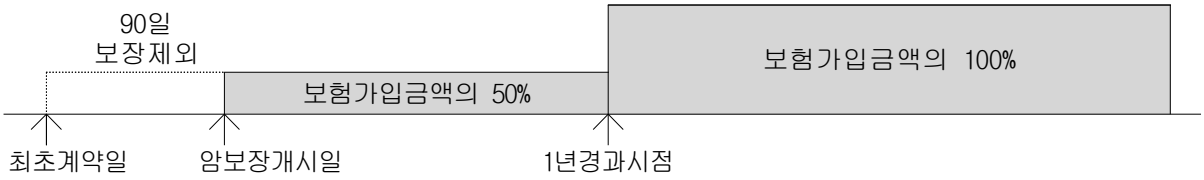
1 회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 암진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
암 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	보험가입금액의 10% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

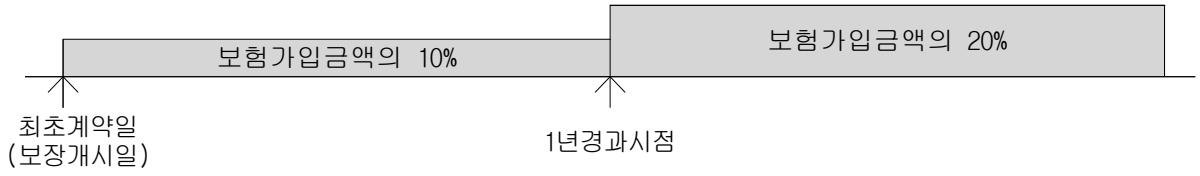
다만,「암」진단 확정후「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 확정시에는 제자리암진단비, 기타피부암진단비, 경계성종양진단비 또는 갑상선암진단비는 지급하지 아니하며,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 확정후「암」으로 진단 확정시에는 암진단비를 지급합니다.

【암진단비[예시](단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



2 피보험자(보험대상자)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에「암」으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비를 지급합니다.

제6조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를

따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 최초계약의 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암진단비(「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」진단시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-13. 갱신형 암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 갱신형 암진단비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다. 다만,「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

3 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

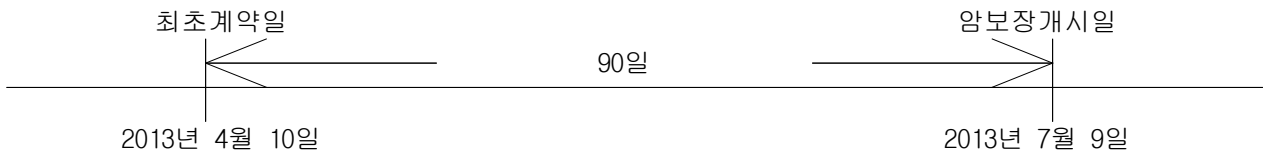
4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 암진단비를 지급합니다. 다만,「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」 및「갑상선암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암진단비 중 해당 질병과 관련한 암진단비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or

condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

3 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

5 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

6 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(암진단비)

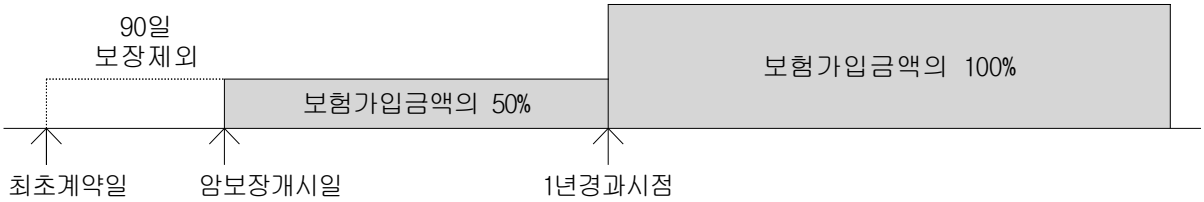
1 회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 암진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
암 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	보험가입금액의 10% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

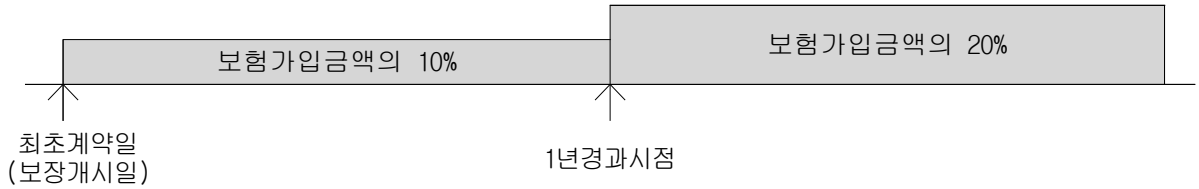
다만, 「암」 진단 확정후 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정시에는 제자리암진단비, 기타피부암진단비, 경계성종양진단비 또는 갑상선암진단비는 지급하지 아니하며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 후 「암」으로 진단 확정시에는 암진단비를 지급합니다.

【암진단비[예시](단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



2 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 암진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

3 피보험자(보험대상자)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 「암」으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 암진단비를 지급합니다.

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제8조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 최초계약의 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암진단비(「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」 진단시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-14. 암진단비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 암진단비(Ⅱ)보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암(소액암 제외)의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(소액암 제외)(이하「암(소액암 제외)」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다.

3 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

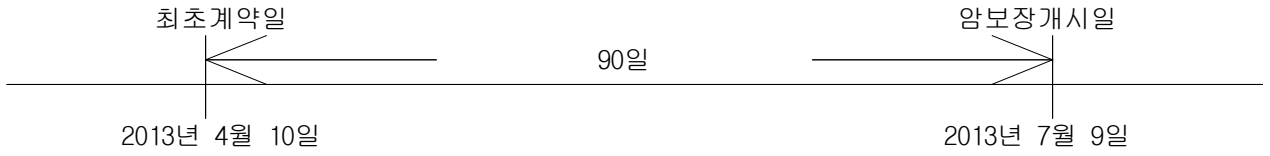
4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에「암(소액암 제외)」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 암진단비(Ⅱ)를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암진단비(Ⅱ) 중 해당 질병과 관련한 암진단비(Ⅱ)를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암(소액암 제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(소액암 제외)」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중에서 아래의 악성신생물(암)을 제외한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

대상 질병	분류코드
1. 기타 피부의 악성신생물	C44
2. 갑상선의 악성신생물	C73
3. 유방의 악성신생물	C50
4. 자궁목의 악성신생물	C53
5. 자궁체의 악성신생물	C54
6. 전립선의 악성신생물	C61
7. 방광의 악성신생물	C67

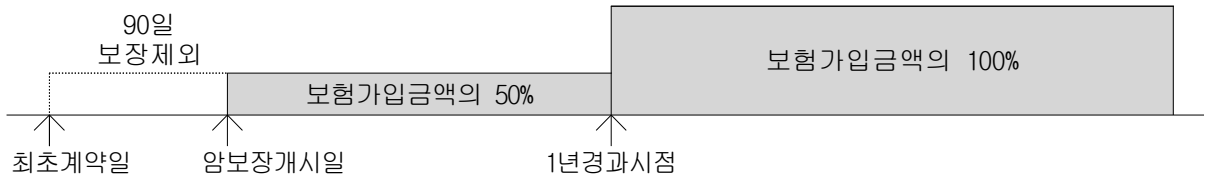
2 「암(소액암 제외)」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「암(소액암 제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(암진단비(II))

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 암진단비(II)로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
암(소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【암진단비(II)[예시](단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】



2 피보험자(보험대상자)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 「암(소액암 제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(II)를 지급합니다.

제6조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 최초계약의 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「암(소액암 제외)」으로 진단확정되는 경우
② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암진단비(II) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-15. 갱신형 암진단비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 암진단비(Ⅱ)보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암(소액암 제외)의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(소액암 제외)(이하 「암(소액암 제외)」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

③ 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

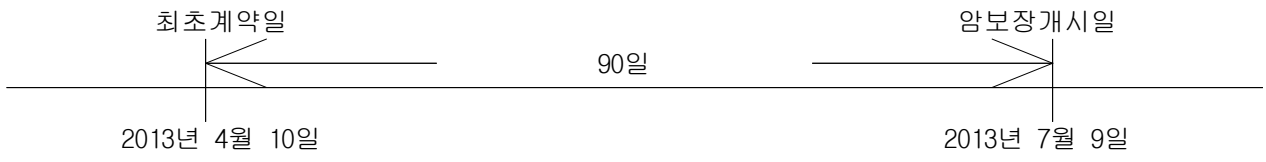
④ 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 「암(소액암 제외)」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 암진단비(Ⅱ)를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암진단비(Ⅱ) 중 해당 질병과 관련한 암진단비(Ⅱ)를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암(소액암 제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암(소액암 제외)」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중에서 아래의 악성신생물(암)을 제외한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

대상 질병	분류코드
1. 기타 피부의 악성신생물	C44
2. 갑상선의 악성신생물	C73
3. 유방의 악성신생물	C50
4. 자궁목의 악성신생물	C53
5. 자궁체의 악성신생물	C54
6. 전립선의 악성신생물	C61
7. 방광의 악성신생물	C67

2 「암(소액암 제외)」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「암(소액암 제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

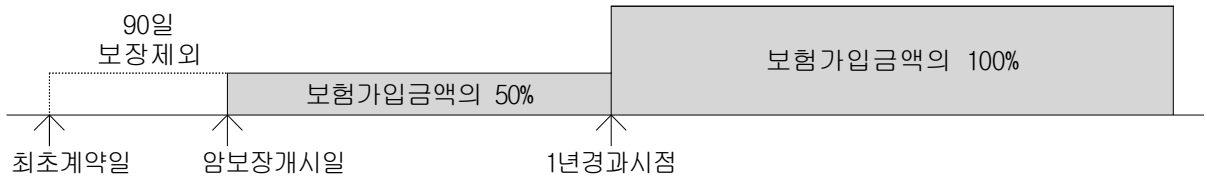
3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(암진단비(Ⅱ))

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 암진단비(Ⅱ)로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
암(소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【암진단비(Ⅱ)[예시](단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】



2 제1항에도 불구하고 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 암진단비(Ⅱ)로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

3 피보험자(보험대상자)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 「암(소액암 제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(Ⅱ)를 지급합니다.

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제8조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의

또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 최초계약의 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암(소액암 제외)」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암진단비(Ⅱ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-16. 갱신형 이차암진단비보장 특별약관

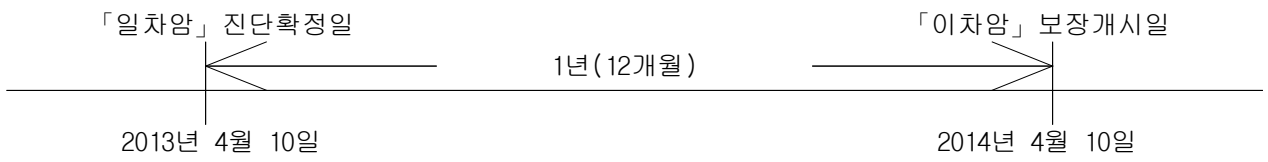
제1조(회사의 보장개시)

1 우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 갱신형 암진단비보장 특별약관 또는 암진단비보장 특별약관 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후부터 이 갱신형 이차암진단비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)에 대한 보장을 합니다.

2 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항에서 정한 「이차암」 에 대한 보장개시는 「일차암」 의 진단확정일로부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난날의 다음날(이하 「이차암보장개시일(책임개시일)」 이라 합니다)로 합니다.

3 제2항에서 일차암이라 함은 제1항의 암보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된 「암」 을 말합니다.

【이차암보장개시일(책임개시일)[예시]】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 이차암보장개시일(책임개시일)이후 「이차암」 으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 이차암진단비로 지급합니다.

2 제1항에서 「이차암」 이라함은 이차암보장개시일(책임개시일) 이후 「일차암」 으로 진단확정된 기관(organ)(【별표13(기관(organ)분류표)】 참조)과 다른 기관(organ)에 「원발암」 이나 「전이암」 으로 진단확정된 「암」 을 말합니다.

3 제2항에서 「원발암」 이란 원발부위에 발생한 암으로 「일차암」 과 다른 조직병리학적 특성(histopath ological appearance)을 가진 「암」 을 말합니다.

4 제2항에서 「전이암」 이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」 을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이차암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「암」 으로 진단확정 받았을 경우에 계약자는 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 90일이내에 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 「일차암」 진단확정일 시점의 이 특별약관의 책임준비금을 돌려 드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 아니합니다.

2 「일차암」 으로 진단확정된 이후 이차암보장개시일(책임개시일)로부터 5년이 지나는 동안 그 「일차암」 으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 이차암보장개시일(책임개시일)로부터 5년이 지난 이후 「일차암」 과 동일한 기관(organ)(【별표13(기관(organ)분류표)】 참조)에 「암」 으로 진단확정된 경우에는 이차암으로 간주하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에 따라 보상하여 드립니다.

3 제1항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 아니한 때에는 이차암보장개시일(책임개시일) 이전에 진단확정된 「암」 이 동일한 기관(organ)(【별표13(기관(organ)분류표)】 참조)에 재발 또는 전이되어 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 「이차암」 진단비 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 아니합니다. 다만, 「일차암」 으로 진단확정된 이후 이차암보장개시일(책임개시일) 이전에 「암」 으로 진단확정 받았더라도 이차암보장개시일(책임개시일)로부터 5년이 지나는 동안 그 「암」 으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우 이차암보장개시일(책임개시일)로부터 5년이 지난 이후에는 「이차암」 으로 간주하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에 해당하는 보험금을 지급하여 드립니다.

【이차암보장 예시】

「일차암」 은 입인두암(C10)에서 진단확정되고, 그로부터 1년이후 비인두암(C11)으로 진단확정된 경우에는 동일 기관(organ) 분류이기 때문에 「이차암」 으로 보상받지 못합니다. 그러나 그 후 비인두암(C11)이 전이되어 입술암(C00)으로 진단확정된 경우에는 다른 기관(organ) 분류이기 때문에 「이차암」 으로 보상받을 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 각호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.

① 「일차암」 진단확정일로부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지나기전에 「이차암」 으로 진단확정된 경우

② 「일차암」 으로 진단확정된 기관(organ)과 같은 기관(organ)에 진단확정된 경우

③「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)이 두 개 이상(예:「일차암」이 위(stomach)와 간(liver)에 동시에 진단확정된 경우)인 경우 그 기관(organ)들과 같은기관(organ)들 (예:위 및/또는 간)에만 암이 진단확정된 경우
④「일차암」으로 인하여 '중피성 및 연조직' (【별표13(기관(organ)분류표)】 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
⑤「일차암」으로 인하여 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계' (【별표13(기관(organ)분류표)】 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
⑥「일차암」이 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계' (【별표13(기관(organ)분류표)】 참조)의 「암」(예:백혈병, 림프종, 골수종 등)으로 진단확정되고 「암」이 다시 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계' 의 암으로 진단확정된 경우

제5조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential) 및 C44(기타 피부의 악성신생물), C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2「암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제6조(보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 5년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

2 제1항에도 불구하고「일차암」진단이 확정된 경우에는 「일차암」진단확정일로부터 갱신종료보험나이까지의 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 일차암보장개시일(책임개시일) 이후에「일차암」으로 진단확정되었을 때에는 해당 피보험자(보험대상자)의 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 제11조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 계약이 소멸된 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 일차암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제9조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 최초계약의 일차암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우
② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 이차암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-17. 5대고액치료비암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 5대고액치료비암진단비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 특별약관에서 제1회 보험료를 받은 날을「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 5대고액치료비암(이하「5대고액치료비암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「5대고액치료비암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다.

3 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

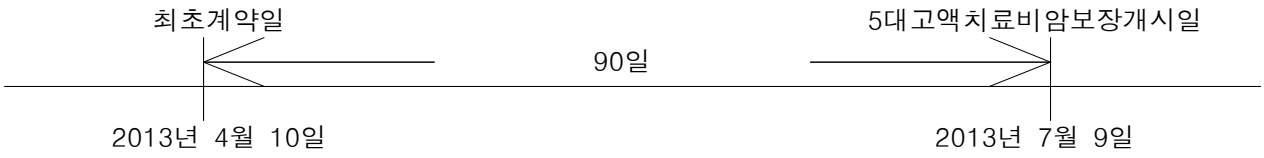
4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【5대고액치료비암보장개시일[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 5대고액치료비암보장개시일(책임개시일) 이후에「5대고액치료비암」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 5대고액치료비암진단비를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 5대고액치료비암진단비 중 해당 질병과 관련한 5대고액치료비암진단비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「5대고액치료비암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로【별표14(5대고액치료비암분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 뼈 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

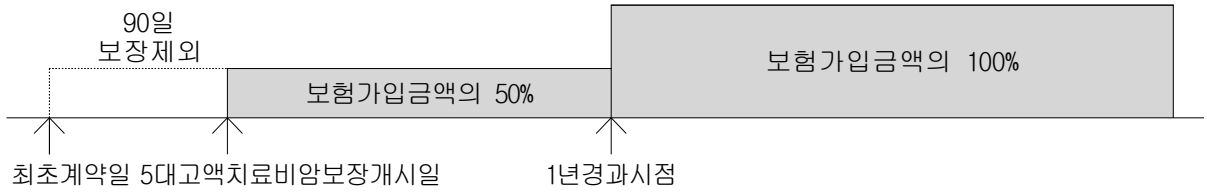
2 5대고액치료비암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 5대고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(5대고액치료비암진단비)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 5대고액치료비암진단비로 지급하여 드립니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
5대고액치료비암 진단확정시	보험가입금액의 50% (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【5대고액치료비암진단비[예시](단, 5대고액치료비암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】



2 피보험자(보험대상자)가 5대고액치료비암보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 5대고액치료비암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 5대고액치료비암진단비를 지급합니다.

제6조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 5대고액치료비암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 최초계약의 5대고액치료비암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「5대고액치료비암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 5대고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-18. 갱신형 5대고액치료비암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 갱신형 5대고액치료비암진단비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 특별약관에서 제1회 보험료를 받은 날을「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 5대고액치료비암(이하「5대고액치료비암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「5대고액치료비암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다. 다만,「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

3 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

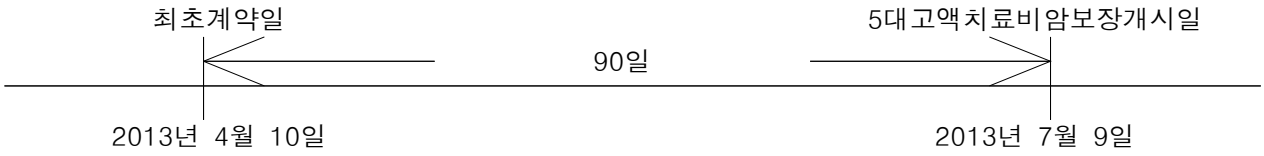
4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【5대고액치료비암보장개시일[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 5대고액치료비암보장개시일(책임개시일) 이후에「5대고액치료비암」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 5대고액치료비암진단비를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 5대고액치료비암진단비 중 해당 질병과 관련한 5대고액치료비암진단비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「5대고액치료비암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로【별표14(5대고액치료비암분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 뼈 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

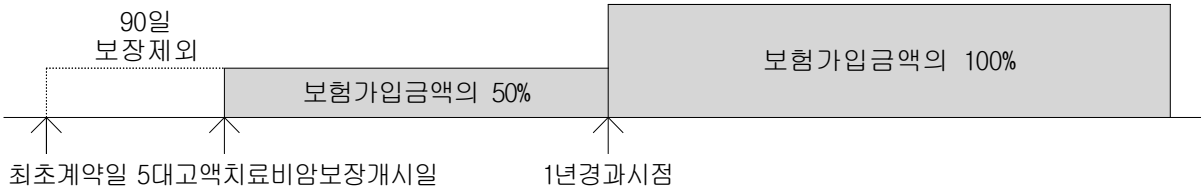
2 5대고액치료비암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 5대고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(5대고액치료비암진단비)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 5대고액치료비암진단비로 지급하여 드립니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
5대고액치료비암 진단확정시	보험가입금액의 50% (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【5대고액치료비암진단비[예시](단, 5대고액치료비암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】



2 제1항에도 불구하고「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 5대고액치료비암진단비로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
5대고액치료비암 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초 1회에 한하여 지급)

3 피보험자(보험대상자)가 5대고액치료비암보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 5대고액치료비암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 5대고액치료비암진단비를 지급합니다.

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 5대고액치료비암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제8조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 최초계약의 5대고액치료비암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「5대고액치료비암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 5대고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-19. 뇌졸중진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 뇌졸중진단비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 뇌졸중으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 뇌졸중진단비를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 뇌졸중진단비 중 해당 질병과 관련한 뇌졸중진단비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중으로 분류되는 질병(【별표15(뇌졸중대상질병 분류표)】 참조)을 말합니다.

2 「뇌졸중」 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「뇌졸중」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(뇌졸중진단비)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌졸중진단비로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
뇌졸중 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

2 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌졸중진단비를 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-20. 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 뇌졸중으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 뇌졸중진단비를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 뇌졸중진단비 중 해당 질병과 관련한 뇌졸중진단비를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중으로 분류되는 질병(【별표15(뇌졸중대상질병 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 「뇌졸중」 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「뇌졸중」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(뇌졸중진단비)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌졸중진단비로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
뇌졸중 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌졸중진단비를 지급하여 드립니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-21. 뇌질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 뇌질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 뇌질환진단비(Ⅰ)를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 뇌질환진단비(Ⅰ) 중 해당 질병과 관련한 뇌질환진단비(Ⅰ)를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌혈관질환」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 **【별표16(뇌혈관질환 분류표)】**에서 정한 질병을 말합니다.

②「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(뇌질환진단비(Ⅰ))

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌질환진단비(Ⅰ)로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
뇌혈관질환 진단확정시	보험가입금액의 20% (단, 최초1회에 한하여 지급)

② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌질환진단비(Ⅰ)를 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌질환진단비(Ⅰ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-22. 갱신형 뇌질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 뇌질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 뇌질환진단비(Ⅰ)를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 뇌질환진단비(Ⅰ) 중 해당 질병과 관련한 뇌질환진단비(Ⅰ)를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌혈관질환」 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」 으로 분류되는 질병으로 **【별표16(뇌혈관질환 분류표)】** 에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「뇌혈관질환」 으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(뇌질환진단비(Ⅰ))

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌질환진단비(Ⅰ)로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
뇌혈관질환 진단확정시	보험가입금액의 20% (단, 최초1회에 한하여 지급)

② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌질환진단비(Ⅰ)를 지급하여 드립니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌질환진단비(Ⅰ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-23. 뇌질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 뇌질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 뇌졸중으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 뇌질환진단비(Ⅱ)를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 뇌질환진단비(Ⅱ) 중 해당 질병과 관련한 뇌질환진단비(Ⅱ)를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중으로 분류되는 질병(【별표15(뇌졸중대상질병 분류표)】 참조)을 말합니다.

②「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(뇌질환진단비(Ⅱ))

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌질환진단비(Ⅱ)로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
뇌졸중 진단확정시	보험가입금액의 80% (단, 최초1회에 한하여 지급)

② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌질환진단비(Ⅱ)를 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌질환진단비(Ⅱ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-24. 갱신형 뇌질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 뇌질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 뇌졸중으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 뇌질환진단비(Ⅱ)를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 뇌질환진단비(Ⅱ) 중 해당 질병과 관련한 뇌질환진단비(Ⅱ)를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중으로 분류되는 질병(【별표15(뇌졸중대상질병 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 「뇌졸중」 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「뇌졸중」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(뇌질환진단비(Ⅱ))

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌질환진단비(Ⅱ)로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
뇌졸중 진단확정시	보험가입금액의 80% (단, 최초1회에 한하여 지급)

② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌질환진단비(Ⅱ)를 지급하여 드립니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌질환진단비(Ⅱ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-25. 급성심근경색증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 급성심근경색증진단비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 급성심근경색증진단비 중 해당 질병과 관련한 급성심근경색증진단비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「급성심근경색증」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(【별표17(급성심근경색증대상질병 분류표)】참조)을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(급성심근경색증진단비)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 급성심근경색증진단비로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
급성심근경색증 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

2 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-26. 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 급성심근경색증진단비 중 해당 질병과 관련한 급성심근경색증진단비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(**【별표17(급성심근경색증대상질병 분류표)】** 참조)을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「급성심근경색증」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(급성심근경색증진단비)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 급성심근경색증진단비로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
급성심근경색증 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

2 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-27. 심장질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 심장질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 허혈성심장질환으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 심장질환진단비(Ⅰ)를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 심장질환진단비(Ⅰ) 중 해당 질병과 관련한 심장질환진단비(Ⅰ)를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 「허혈성심장질환」 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」 으로 분류되는 질병으로 **【별표18(허혈성심장질환 분류표)】** 에서 정한 질병을 말합니다.

2 「허혈성심장질환」 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「급성심근경색증」 으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(심장질환진단비(Ⅰ))

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 심장질환진단비(Ⅰ)로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
허혈성심장질환 진단확정시	보험가입금액의 20% (단, 최초1회에 한하여 지급)

2 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 허혈성심장질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 심장질환진단비(Ⅰ)를 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 심장질환진단비(Ⅰ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-28. 갱신형 심장질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 심장질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 허혈성심장질환으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 심장질환진단비(Ⅰ)를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 심장질환진단비(Ⅰ) 중 해당 질병과 관련한 심장질환진단비(Ⅰ)를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「허혈성심장질환」 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」 으로 분류되는 질병으로 **【별표18(허혈성심장질환 분류표)】** 에서 정한 질병을 말합니다.

②「허혈성심장질환」 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「급성심근경색증」 으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(심장질환진단비(Ⅰ))

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 심장질환진단비(Ⅰ)로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
허혈성심장질환 진단확정시	보험가입금액의 20% (단, 최초1회에 한하여 지급)

② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 허혈성심장질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 심장질환진단비(Ⅰ)를 지급하여 드립니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 심장질환진단비(Ⅰ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하

는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-29. 심장질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 심장질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 심장질환진단비(Ⅱ)를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 심장질환진단비(Ⅱ) 중 해당 질병과 관련한 심장질환진단비(Ⅱ)를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(**【별표17(급성심근경색증대상질병 분류표)】** 참조)을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「급성심근경색증」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(심장질환진단비(Ⅱ))

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 심장질환진단비(Ⅱ)로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
급성심근경색증 진단확정시	보험가입금액의 80% (단, 최초1회에 한하여 지급)

② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 심장질환진단비(Ⅱ)를 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 심장질환진단비(Ⅱ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-30. 갱신형 심장질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 심장질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 심장질환진단비(Ⅱ)를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 심장질환진단비(Ⅱ) 중 해당 질병과 관련한 심장질환진단비(Ⅱ)를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(**【별표17(급성심근경색증대상질병 분류표)】** 참조)을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「급성심근경색증」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(심장질환진단비(Ⅱ))

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 심장질환진단비(Ⅱ)로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
급성심근경색증 진단확정시	보험가입금액의 80% (단, 최초1회에 한하여 지급)

② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 심장질환진단비(Ⅱ)를 지급하여 드립니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 심장질환진단비(Ⅱ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-31. 말기폐질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 말기폐질환진단비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에【별표19(말기폐질환)】에서 정한「말기폐질환」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 말기폐질환진단비를 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 말기폐질환진단비 중 해당 질병과 관련한 말기폐질환진단비를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(말기폐질환진단비)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 말기폐질환진단비로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
말기폐질환으로 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 말기폐질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기폐질환진단비를 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-32. 말기간경화진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 말기간경화진단비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 【별표20(말기간경화)】 에서 정한 「말기간경화」 로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 말기간경화진단비를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 말기간경화진단비 중 해당 질병과 관련한 말기간경화진단비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(말기간경화진단비)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 말기간경화진단비로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
말기간경화로 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

2 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 말기간경화로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기간경화진단비를 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-33. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「만성당뇨합병증」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 만성당뇨합병증진단비를 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 만성당뇨합병증진단비 중 해당 질병과 관련한 만성당뇨합병증진단비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「만성당뇨합병증」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 한국표준질병분류상 E10~E14(당뇨병)의 4단위 세분류항목에서 다음에 정한 항목을 말합니다.

① .2+ : 콩팥(신장) 합병증을 동반
② .3+ : 눈합병증을 동반
③ .4+ : 신경학적 합병증을 동반
④ .5 : 말초순환장애 합병증을 동반

2 제1항의「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자(보험대상자)가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.

① 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조형술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
② 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질 500㎎이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아틴치가 1.5㎎/㎗이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
③ 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
④ 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

【의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)】

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
1. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

제4조(만성당뇨합병증진단비)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 만성당뇨합병증진단비로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
만성당뇨합병증으로 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

2 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 만성당뇨합병증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 만성당뇨합병증진단비를 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-34. 양성뇌종양진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 양성뇌종양진단비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「양성뇌종양」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 양성뇌종양진단비를 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 양성뇌종양진단비 중 해당 질병과 관련한 양성뇌종양진단비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어「양성뇌종양」이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.

2 제1항의「양성뇌종양」은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 아니합니다.

3「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하「의사」라고 합니다)중 신경과의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

【의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)】

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

제4조(양성뇌종양진단비)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단확정시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 양성뇌종양진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
양성뇌종양으로 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

2 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 「양성뇌종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 양성뇌종양진단비를 지급합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 에서 정한 양성뇌종양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-35. 갱신형 특정전염병치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 특정전염병치료비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 【별표21(특정전염병 분류표)】 에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 특정전염병치료비 중 해당 질병과 관련한 특정전염병치료비를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-36. 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

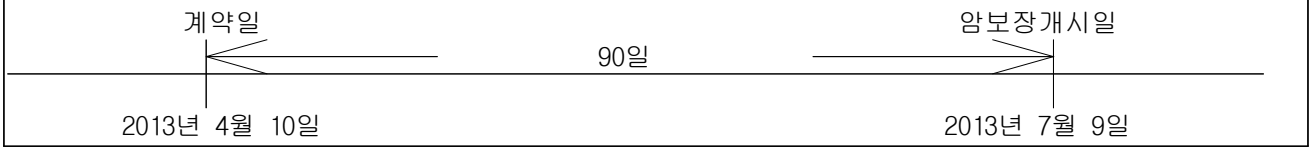
④ 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 암수술비(Ⅰ)을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암수술비(Ⅰ) 중 해당 질병과 관련한 암수술비(Ⅰ)을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물

로 분류되는 질병(【별표11(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
3 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
5 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
6「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

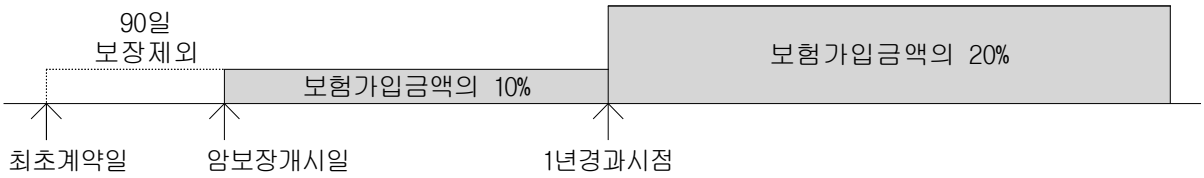
제6조(암수술비(Ⅰ))

회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 수술시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술1회당 아래의 금액을 암수술비(Ⅰ)으로 지급하여 드립니다.

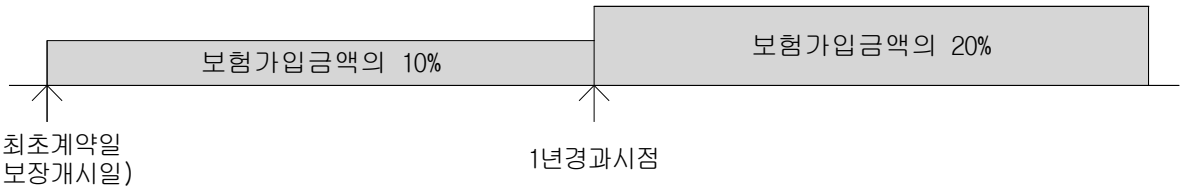
구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

【암수술비(Ⅰ)[예시](단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제8조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 최초계약의 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-37. 갱신형 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 갱신형 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다. 다만,「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

③ 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

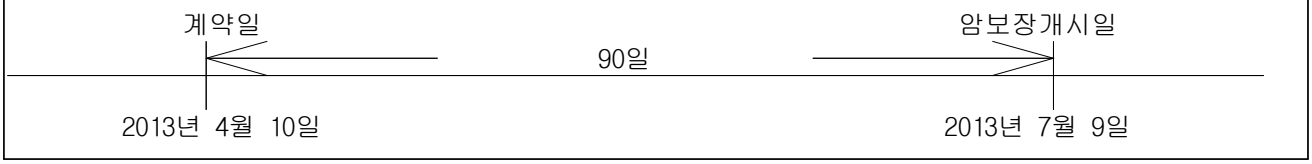
④ 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 암수술비(Ⅰ)을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암수술비(Ⅰ) 중 해당 질병과 관련한 암수술비(Ⅰ)을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제

외합니다.
2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
3 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
5 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
6 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

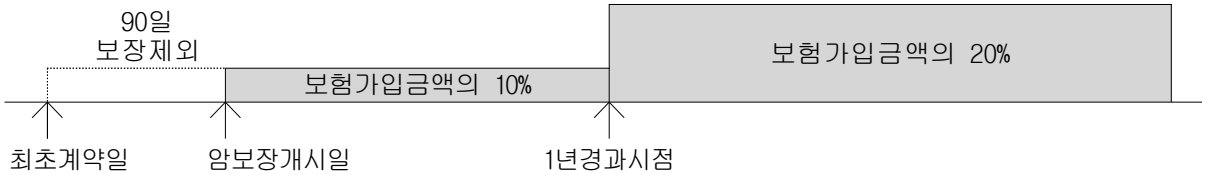
제6조(암수술비(Ⅰ))

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 수술시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술1회당 아래의 금액을 암수술비(Ⅰ)으로 지급하여 드립니다.

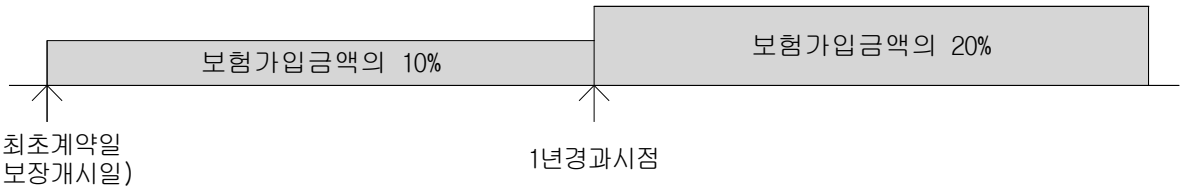
구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

【암수술비(Ⅰ)[예시](단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



2 제1항에도 불구하고「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 수술시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술1회당 아래의 금액을 암수술비(Ⅰ)으로 지급하여 드립니다.

구분	지급금액
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 20%

제7조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제9조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 최초계약의 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-38. 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

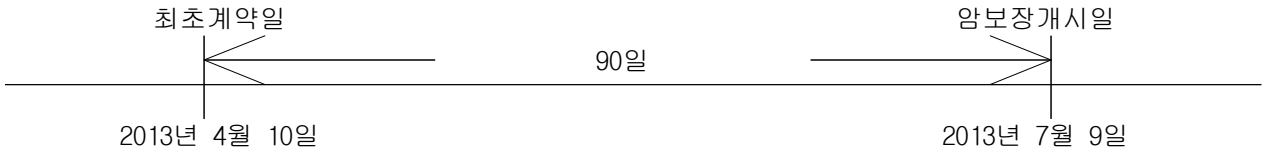
② 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다.

③ 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 암수술비(Ⅱ)를 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암수술비(Ⅱ) 중 해당 질병과 관련한 암수술비(Ⅱ)를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

②「암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed

tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에「암」치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

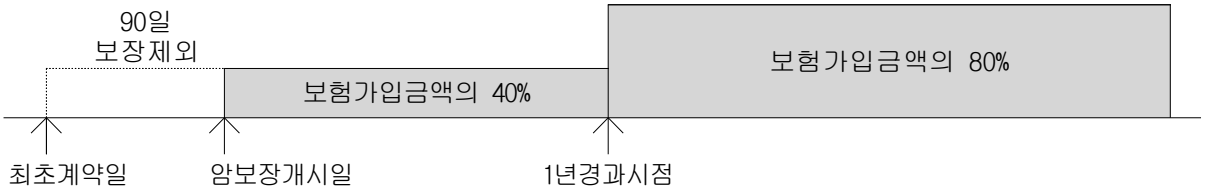
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제6조(암수술비(Ⅱ))

회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 수술시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(Ⅱ)로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 수술시	보험가입금액의 40% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 80% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【암수술비(Ⅱ)[예시](단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제8조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 최초계약의 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암수술비(Ⅱ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-39. 갱신형 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 갱신형 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다. 다만,「자동갱신특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

3 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

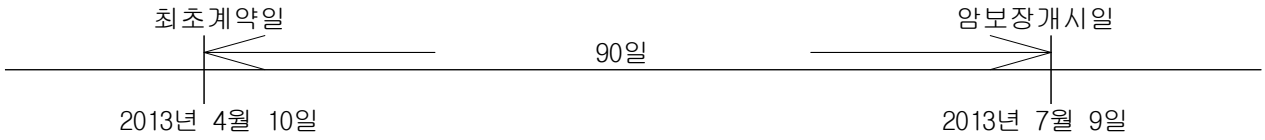
4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 암수술비(Ⅱ)를 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암수술비(Ⅱ) 중 해당 질병과 관련한 암수술비(Ⅱ)를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2「암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed

tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에「암」치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

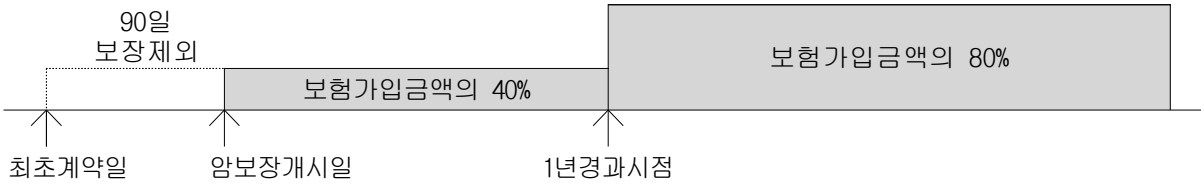
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제6조(암수술비(Ⅱ))

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 수술시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(Ⅱ)로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 수술시	보험가입금액의 40% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 80% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【암수술비(Ⅱ)[예시](단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】



2 제1항에도 불구하고「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 수술시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(Ⅱ)로 지급하여 드립니다.

구분	지급금액
암 수술시	보험가입금액의 80% (단, 최초1회에 한하여 지급)

제7조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제9조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 최초계약의 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암수술비(Ⅱ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-40. 18대질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 18대질병수술비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「18대질병」으로 진단확정되고 그「18대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 18대질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 18대질병수술비 중 해당 질병과 관련한 18대질병수술비를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 가족생활보험 MAX케어1204 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(18대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의「18대질병」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 18대질병으로 분류되는 질병으로,【별표22(18대질병 분류표)】에서 정한 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증을 말합니다.

②「18대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

> **【의료법 제3조(의료기관)】**
> ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
> 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
> 2. 조산원
> 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-41. 7대질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 7대질병수술비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「7대질병」으로 진단확정되고 그「7대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 7대질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 7대질병수술비 중 해당 질병과 관련한 7대질병수술비를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(7대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의「7대질병」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 7대질병으로 분류되는 질병으로,【별표23(7대질병 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성하기도질환, 위·십이지장궤양을 말합니다.

②「7대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「7대질병」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에「7대질병」치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-42. 호흡기관련질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 호흡기관련질병수술비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「호흡기관련질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 호흡기관련질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 호흡기관련질병수술비 중 해당 질병과 관련한 호흡기관련질병수술비를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(호흡기관련질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의「호흡기관련질병」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서「호흡기관련질병」으로 분류되는 질병으로【별표24(호흡기관련질병 분류표)】에서 정한 급성상기도감염, 상세불명의 상기도질환, 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 만성기관지염, 상세불명의 만성기관지염, 천식 및 천식지속 상태, 폐렴, 제향군인병 또는 폐렴이 합병된 홍역을 말합니다.

②「호흡기관련질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「호흡기관련질병」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에「호흡기관련질병」치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-43. 충수염수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 충수염수술비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 「충수염(맹장염)」 으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 충수염수술비 중 해당 질병과 관련한 충수염수술비를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(충수염의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「충수염(맹장염)」 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 「충수염(맹장염)」 으로 분류되는 질병(【별표25(충수염(맹장염) 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 「충수염(맹장염)」 의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

> **【의료법 제3조(의료기관)】**
> ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
> 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
> 2. 조산원
> 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어 「수술」 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)에 의하여 「충수염(맹장염)」 의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「충수염(맹장염)」 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 충수염수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-44. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 조혈모세포이식수술비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 「조혈모세포이식」 을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 조혈모세포이식수술비 중 해당 질병과 관련한 조혈모세포이식수술비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(조혈모세포이식수술의 정의 및 진단 확정)

이 특별약관에 있어 「조혈모세포이식」 이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포(hematopoietic stem cell)를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

① 「동종(allogenic)골수조혈모세포이식」 이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.

② 「동종(allogenic)말초조혈모세포이식」 이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.

③ 「자가(autologous)골수조혈모세포이식」 이라 함은 피보험자(보험대상자)의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.

④ 「자가(autologous)말초조혈모세포이식」 이라 함은 피보험자(보험대상자)의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.

⑤ 「제대혈조혈모세포이식」 이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어 「수술」 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)에 의하여 「조혈모세포이식」 이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「조혈모세포이식」 을 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-45. 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)수술비보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」으로 진단확정되고 그 「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)수술비 중 해당 질병과 관련한 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)수술비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(컴퓨터과잉질환(VDT증후군)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의 「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」으로 분류되는 질병으로 【별표26(컴퓨터과잉질환(VDT증후군) 분류표)】에서 정한 근육장애, 윤활막 및 힘줄장애, 결합조직의 기타 전신침범, 기타 연조직장애, 기타 관절연골장애 및 인대장애, 관절통, 달리 분류되지 않은 관절의 경직, 경추상완증후군 또는 팔의 단일 신경병증을 말합니다.

2 「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

> **【의료법 제3조(의료기관)】**
> ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
> 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
> 2. 조산원
> 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-46. 갱신형 질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 질병수술비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병수술비은 매 사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

2 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병수술비 중 해당 질병과 관련한 질병수술비를 지급하지 아니합니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

4 제3항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

③ 계약자의 고의

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

③ 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

⑤ 비만(E66)

⑥ 비뇨기계 장애(N39, R32)

⑦ 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62)

⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 단순한 피로 또는 권태

④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑥ 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

㉡ 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
㉢ 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-47. 항암방사선약물치료비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 항암방사선약물치료비보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다.

3 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

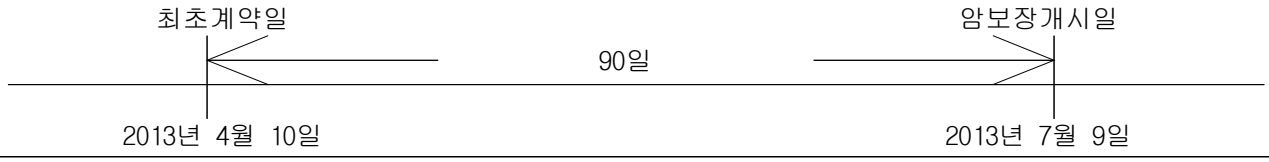
4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 항암방사선약물치료비를 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 항암방사선약물치료비 중 해당 질병과 관련한 항암방사선약물치료비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
3 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
4「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(항암방사선·약물치료의 정의)
1 이 특별약관에 있어「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

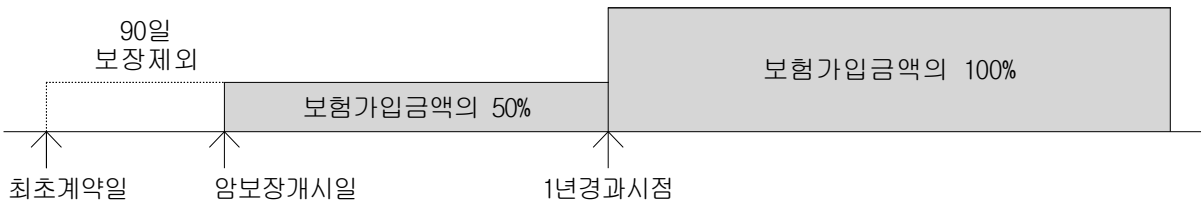
제6조(항암방사선약물치료비)
회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 항암방사선·약물치료시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 10% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

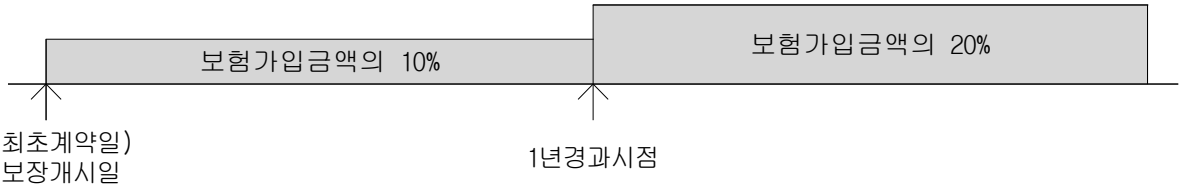
다만,「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 기타피부암 항암방사선약물치료비 또는 갑상선암항암방사선약물치료비는 지급하지 아니하며,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 암 항암방사선약물치료비를 지급합니다.

【항암방사선약물치료비[예시](단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】

< 암 >



< 기타피부암, 갑상선암 >



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제8조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 최초계약의 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「암」으로 인한 항암방사선약물치료비(「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 인한 항암방사선·약물치료시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-48. 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

3 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

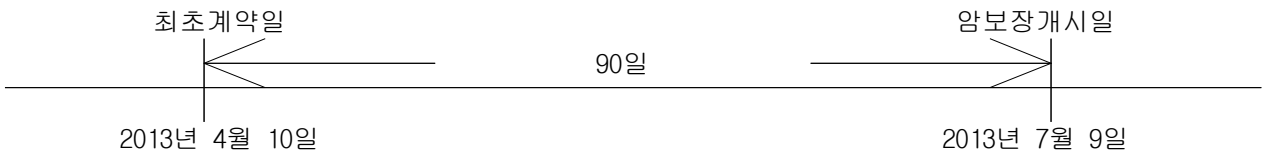
4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 항암방사선약물치료비를 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 항암방사선약물치료비 중 해당 질병과 관련한 항암방사선약물치료비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제

외합니다.
2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
3 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
4「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(항암방사선·약물치료의 정의)
1 이 특별약관에 있어「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

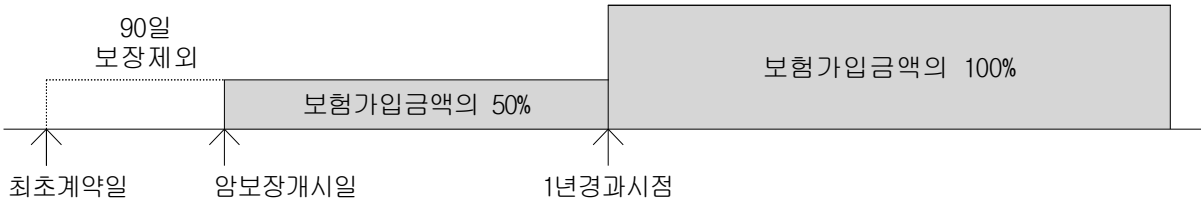
제6조(항암방사선약물치료비)
1 회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 항암방사선·약물치료시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 10% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

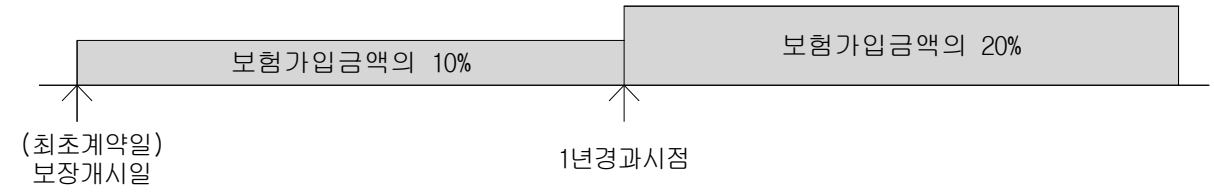
다만,「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 기타피부암 항암방사선약물치료비 또는 갑상선암항암방사선약물치료비는 지급하지 아니하며,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 암 항암방사선약물치료비를 지급합니다.

【항암방사선약물치료비[예시](단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】

< 암 >



< 기타피부암, 갑상선암 >



2 제1항에도 불구하고「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 항암방사선·약물치료시에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

제7조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제9조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 최초계약의 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「암」으로 인한 항암방사선약물치료비(「기타피부암」및「갑상선암」으로 인한 항암방사선·약물치료시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-49. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

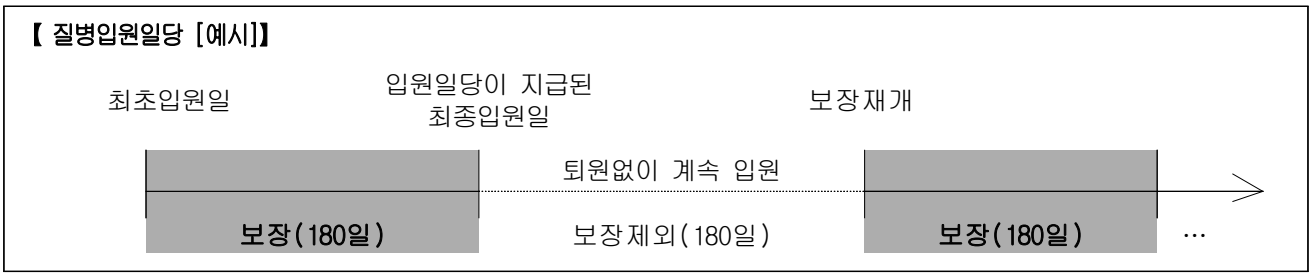
우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 이하 같습니다)하였을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원일당 중 해당 질병과 관련한 질병입원일당을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-50. 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

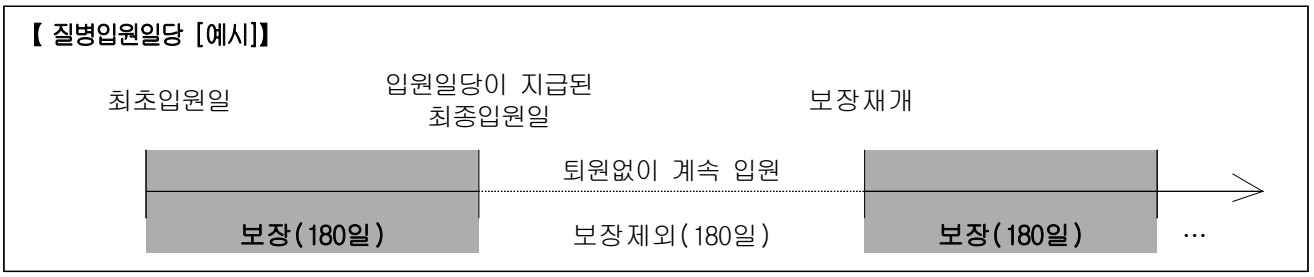
우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 이하 같습니다)하였을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원일당 중 해당 질병과 관련한 질병입원일당을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

2 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-51. 질병중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 질병중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 이하 같습니다)하였을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실 입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

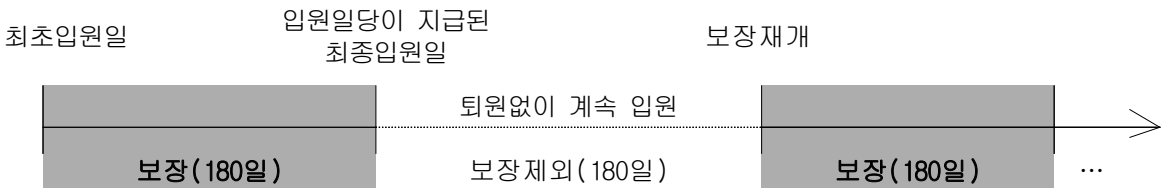
1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

2 질병중환자실 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

3 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다

4 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 질병중환자실 입원일당 [예시]】



5 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 질병중환자실 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

6 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병중환자실 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

7 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병중환자실 입원일당 중 해당 질병과 관련한 질병중환자실 입원일당을 지급하지 아니합니다.

8 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

9 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
⑥ 성병
⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】 의료기관의 시설규격
2. 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당 면적은 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

2-52. 갱신형 질병중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 질병중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 이하 같습니다)하였을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실 입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

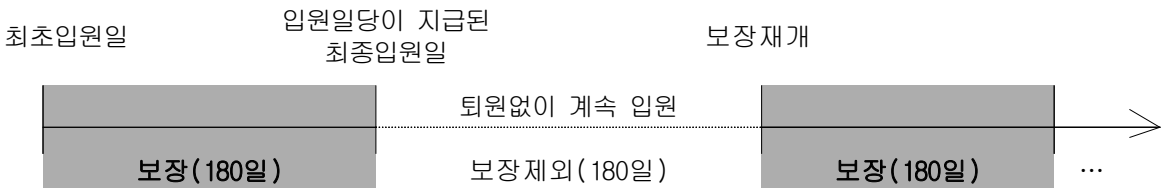
1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

2 질병중환자실 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

3 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다

4 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 질병중환자실 입원일당 [예시]】



5 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병중환자실 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

6 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병중환자실 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

7 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병중환자실 입원일당 중 해당 질병과 관련한 질병중환자실 입원일당을 지급하지 아니합니다.

8 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

9 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
⑥ 성병
⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

2-53. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 갱신형 간병인지원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 이하 같습니다)하였을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 질병입원일당은 지급하여 드리지 아니합니다. 이 경우 무배당 메리츠 케어프리 보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제31조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)에도 불구하고 피보험자(보험대상자)를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제4항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급하여 드립니다.

③ 제2항의 간병인이라 함은 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자(보험대상자)를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말합니다.

④ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

【 간병인의 주요 업무[예시] 】

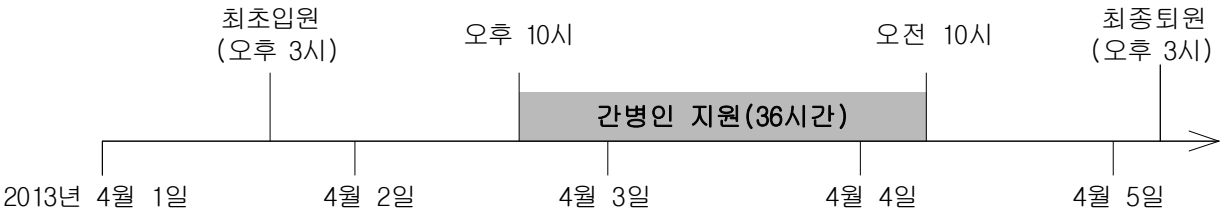
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 질병입원일당의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 아니한 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 아니합니다.

【 질병입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수[예시]】



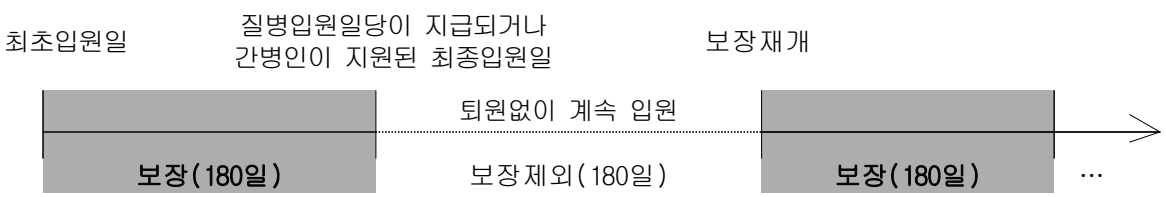
- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간병인 사용일수 : 2일 (36시간)
- 질병입원일당 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상하여 드립니다

④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 간병인지원 질병입원일당 [예시]】



6 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당 또는 간병인을 계속 보상하여 드립니다.

7 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니하거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인 지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

8 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원일당 및 간병인지원 중 해당 질병과 관련한 질병입원일당을 지급하지 아니하거나 간병인을 지원하지 아니합니다.

9 제8항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

10 제9항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

11 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

12 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항 제3문에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등으로 병원 또는 의원에서 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 함)
③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
④ 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 함)
⑤ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
② 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 질병입원일당의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 질병입원일당을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
③ 계약자의 고의
④ 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
⑤ 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
⑥ 성병
⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하는 사유가 발생한 때에는 질병입원일당을 지급하지 아니하고 간병인을 지원하지 아니합니다.

① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
④ 정상분만, 치과질환

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

2 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

2 제1항 이외에 회사의 사정으로 이 특별약관에 의한 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 이 특별약관을 보통약관 제5조(계약내용의 변경 등)에 따라 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관으로 변경하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-54. 암입원일당보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 암입원일당보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 특별약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다.

3 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

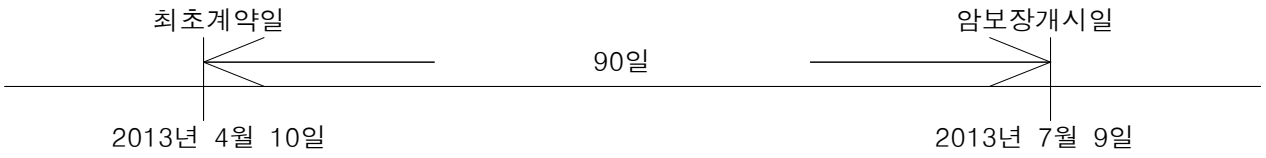
4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



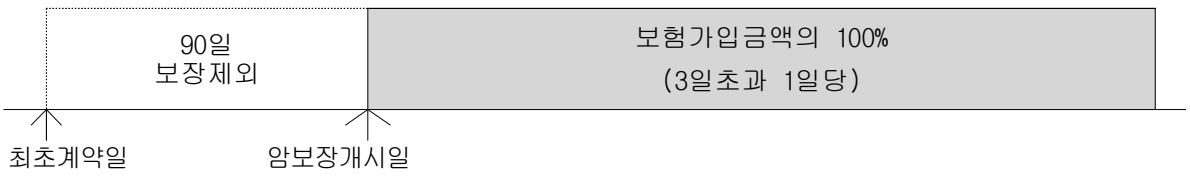
제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다 이하 같습니다)하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 암입원일당으로 지급합니다.

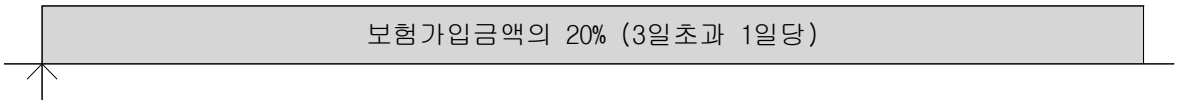
구 분	지급금액
암으로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 4일이상 계속입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 20%

【암입원일당[예시](단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

2 피보험자(보험대상자)가 동일한「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 암입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자(보험대상자)가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

6 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암입원일당 중 해당 질병과 관련한 암입원일당을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

3 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

5 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

6「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

2 이 특별약관에 있어서 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-55. 갱신형 암입원일당보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 갱신형 암입원일당보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 특별약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 이상인 경우 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 「자동갱신 특별약관」에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일에 시작합니다.

3 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

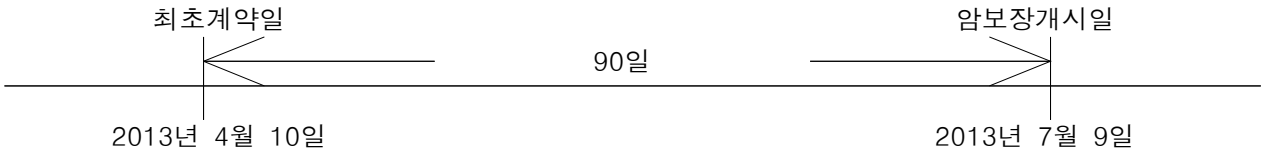
4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

【암보장개시일(책임개시일)[예시](단, 보험나이 15세 이상인 경우)】



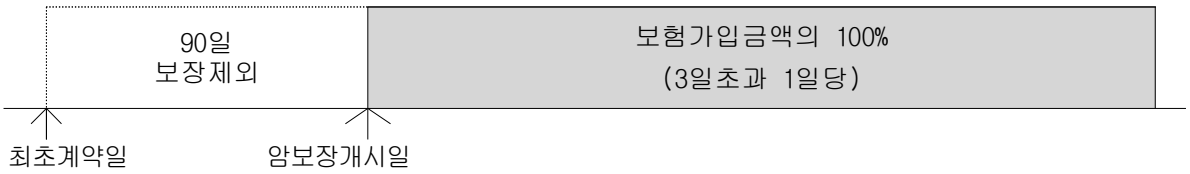
제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되거나 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다 이하 같습니다)하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 암입원일당으로 지급합니다.

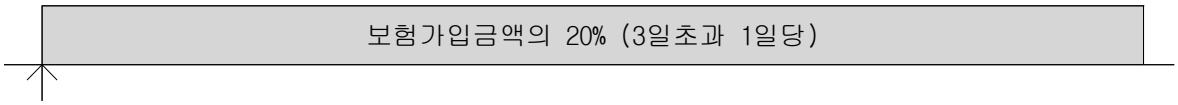
구 분	지급금액
암으로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 4일이상 계속입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 20%

【암입원일당[예시](단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)】

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

2 피보험자(보험대상자)가 동일한「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 암입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자(보험대상자)가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

6 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암입원일당 중 해당 질병과 관련한 암입원일당을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

3 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

5 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

6「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부

위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자 (이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

2 이 특별약관에 있어서「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여,「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일(책임개시일) 및 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제8조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-56. 여성골다공증수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 여성골다공증수술비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「여성골다공증」으로 진단이 확정되고 그「여성골다공증」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 여성골다공증수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 여성골다공증수술비 중 해당 질병과 관련한 여성골다공증수술비를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(여성골다공증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의「여성골다공증」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 여성골다공증으로 분류되는 질병으로【별표27(여성골다공증 분류표)】에서 정한 골다공증을 말합니다.

②「여성골다공증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「여성골다공증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에「여성골다공증」의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

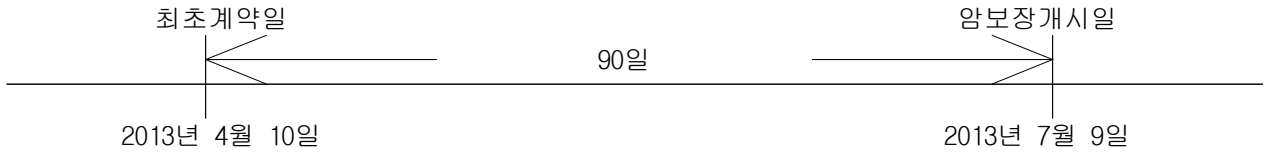
2-57. 암케어보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 암케어보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 제1항에도 불구하고 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일(책임개시일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일(책임개시일)」이라 합니다)에 시작합니다.

【암보장개시일(책임개시일)[예시]】



3 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

① 암진단비 : 암보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정 되거나 보장개시일(책임개시일) 이후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 암진단비를 지급합니다. 다만,「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」 및「갑상선암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.

② 암검진서비스지원금 : 암보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 암검진서비스지원금을 지급합니다.

③ 암사망보험금 : 암보장개시일(책임개시일) 이후「암」으로 진단확정되거나 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 인하여 사망한 경우에는 암사망보험금을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암진단비, 암검진서비스지원금, 암사망보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어 「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표11(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

3 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표12(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

5 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표10(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

6 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(암진단비)

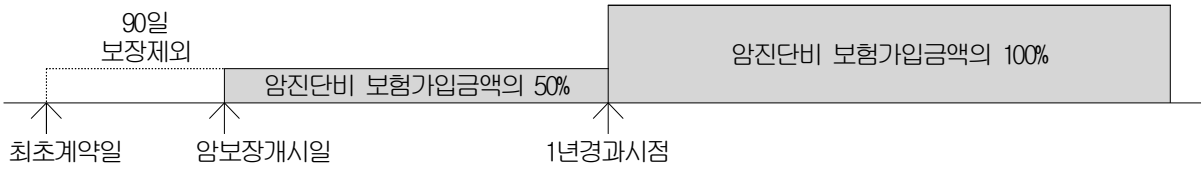
1 회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 암진단비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 암진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
암 진단시	암진단비 보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	암진단비 보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	암진단비 보험가입금액의 10% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	암진단비 보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

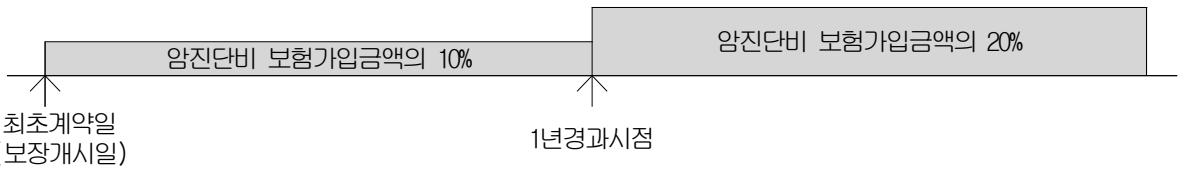
다만, 「암」 진단 확정후 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정시에는 제자리암진단비, 기타피부암진단비, 경계성종양진단비 또는 갑상선암진단비는 지급하지 아니하며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정후 「암」으로 진단 확정시에는 암진단비를 지급합니다.

【암진단비[예시]】

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



2 피보험자(보험대상자)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 「암」으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장

개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비를 지급합니다.

제6조(암검진서비스지원금)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 암검진서비스지원금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초1회에 한하여 암검진서비스지원금으로 보험금 지급사유 발생해당일로부터 2년이 경과한 시점부터 매년 5년간 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다.

구 분	지급금액
암 진단시	암검진서비스지원금 보험가입금액의 20%를 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)

② 제1항의 금액은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 표준이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 암보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에「암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 암검진서비스지원금을 지급하여 드립니다.

제7조(암사망보험금)

회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호에서 정한 암사망보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 암사망보험금으로 지급합니다.

구 분	지급금액
암, 기타피부암, 갑상선암 사망시	암사망보험금 보험가입금액의 100%

제8조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 암보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되었을 때에는 해당 피보험자(보험대상자)의 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 중 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 암사망보험금에 해당하는 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 제11조(계약의 소멸) 제4항에 따라 계약이 소멸된 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 중 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 암사망보험금에 해당하는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일(책임개시일)을 적용합니다.

제10조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 최초계약의 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제11조(계약의 소멸)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 암진단비(「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단시 제외) 및 제2호에서 정한 암검진서비스지원금의 지급사유가 발생한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보장은 소멸됩니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호에서 정한 암사망보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다. 다만, 제1항에 따라 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호에 대한 보장이 소멸되지 않은 경우에는 회사는 그 때까지「보험료

및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호에 해당하는 책임준비금을 지급하여 드립니다.
④ 제2항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

2-58. 암검진서비스 추가특별약관

제1조(추가특별약관의 체결)

이 암검진서비스 추가특별약관(이하「추가특별약관」이라 합니다)은 암케어보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(암검진서비스의 종류 및 내용)

1 암검진서비스란 피보험자(보험대상자)에게 PET-CT(Whole-Body), 혈액검사 등의 검진서비스를 제공하여 드리는 것을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 현금으로 지급받기를 원할 경우 특별약관 제6조(암검진서비스지원금) 제1항에서 정한 암검진서비스지원금(이하「암검진서비스지원금」이라 합니다)을 지급하여 드리고, 더 이상 암검진서비스를 제공하여 드리지 않습니다.

3 제1항의 암검진서비스 중 해당 검진이 이루어질 수 없는 경우에는 검진비용 상당액에 해당하는 다른 검진 등으로 대체하여 지급하여 드립니다.

4 제1항 및 제3항에도 불구하고 의료상의 이유로 당사가 제공하는 건강 검진을 실시할 수 없는 경우 암검진서비스를 제공하지 아니하고 암검진서비스지원금을 지급하여 드립니다.

제3조(암검진서비스의 제공)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 특별약관 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 진단확정시 특별약관의 보험금에 해당하는 제2조(암검진서비스의 종류 및 내용)에서 정한 암검진서비스를 보험금 지급사유 발생해당일로부터 2년이 경과한 시점부터 매년 5년간 피보험자(보험대상자)에게 제공하여 드립니다.

2 제1항의 암검진서비스의 제공시 필요한 비용(이하「암검진서비스 비용」 이라 합니다)은 암검진서비스지원금에서 대체하여 충당합니다. 이 경우 회사는 암검진서비스지원금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 특별약관 제10조(계약의 무효) 에서 정한 사유로 무효가 되었을 경우에는 암검진서비스를 제공하여 드리지 아니합니다.

제4조(추가특별약관의 소멸)

1 이 추가특별약관은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 또는 특별약관이 소멸하거나, 회사가 제3조(암검진서비스의 제공)에서 정한 암검진서비스를 제공했을 경우 소멸되며, 이 경우 보통약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 이 추가특별약관에 의해 암검진서비스를 제공한 경우, 암검진서비스 종료 후 피보험자(보험대상자)의 사정으로 제공하지 못한 검진항목에 대한 상당액은 추가 지급하지 아니합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 또는 특별약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제16조(보험금의 종류 및 지급사유), 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

3. 상해·질병관련 특별약관

3-1. 갱신형 장기요양급여금(Ⅰ)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 갱신형 장기요양급여금(Ⅰ)보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 장기요양급여금(Ⅰ)을 지급하여 드립니다.

② 제1항의「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해「1등급, 2등급 또는 3등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 장기요양급여금(Ⅰ) 중 해당 질병과 관련한 장기요양급여금(Ⅰ)을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(장기요양급여금(Ⅰ))

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 장기요양급여금(Ⅰ)으로 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
장기요양급여금(Ⅰ)	보험가입금액의 10%를 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

② 제1항의 금액은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 표준이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 장기요양급여금(Ⅰ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

3-2. 갱신형 장기요양급여금(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 장기요양급여금(Ⅱ)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 장기요양급여금(Ⅱ)을 지급하여 드립니다.

② 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」 라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급 또는 2등급」 의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 장기요양급여금(Ⅱ) 중 해당 질병과 관련한 장기요양급여금(Ⅱ)을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(장기요양급여금(Ⅱ))

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 장기요양급여금(Ⅱ)으로 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
장기요양급여금(Ⅱ)	보험가입금액의 10%를 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

② 제1항의 금액은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 표준이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 장기요양급여금(Ⅱ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제17조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

3-3. 갱신형 장기요양급여금(III)보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 갱신형 장기요양급여금(III)보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 장기요양급여금(III)을 지급하여 드립니다.

② 제1항의 「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」 라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 장기요양급여금(III) 중 해당 질병과 관련한 장기요양급여금(III)을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(장기요양급여금(III))

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 장기요양급여금(III)으로 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
장기요양급여금(III)	보험가입금액의 10%를 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

② 제1항의 금액은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 표준이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 또는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 장기요양급여금(III) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제17조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

3-4. 5대장기이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 5대장기이식수술비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 진단확정된 질병 또는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해로 인한 장기수혜자로서 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 「5대장기이식수술」 을 받았을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 5대장기이식수술비 중 해당 질병과 관련한 5대장기이식수술비를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(5대장기이식수술의 정의)

이 특별약관에 있어서 「5대장기」 라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 「5대장기이식수술」 이라 함은 「장기등이식에 관한 법률」 에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자(보험대상자))에게 이식하는 수술을 말합니다. 다만, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 5대장기이식수술로 보지 않습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어 「수술」 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)에 의하여 「5대장기이식」 이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「5대장기이식」 을 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

3-5. 각막이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 이 각막이식수술비보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 진단확정된 질병 또는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」 이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해(이하 「상해」 라 합니다)로 인한 장기수혜자로서 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 「각막이식수술」 을 받았을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 각막이식수술비 중 해당 질병과 관련한 각막이식수술비를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(각막이식수술의 정의)

이 특별약관에 있어서 「각막이식수술」 이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」 에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자(보험대상자))에게 이식하는 수술을 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 있어 「수술」 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)에 의하여 「각막이식」 이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「각막이식」 을 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 각막이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

3-6. 깁스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 깁스치료비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병 또는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해로 인하여「깁스(Cast)치료」를 받았을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급하여 드립니다.

② 청약서상「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 깁스치료비 중 해당 질병과 관련한 깁스치료비를 지급하지 아니합니다.

③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

④ 제3항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(깁스(cast)치료의 정의)

이 특별약관에 있어서「깁스(Cast)치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast) 치료는 제외합니다.「부목(Splint cast) 치료」란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

3-7. 인공관절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 인공관절수술비보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병 또는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해로 아래에 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 인공관절수술비로 지급합니다.

① 고관절(엉덩이관절), 슬관절(무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 「인공관절」이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 「인공관절치환술」을 받은 경우

② 손상된 골두를 제거하고 인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두를 해당 뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 치환하여 주는 「인공골두삽입술」을 받은 경우

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 인공관절수술비 중 해당 질병과 관련한 인공관절수술비를 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 인공관절수술비는 매사고시마다 지급하여 드립니다.

6 단, 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

③ 계약자의 고의

④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

⑥ 피보험자(보험대상자)의 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제4조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「인공관절수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 「인공관절수술」을 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

3-8. 유방절제수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 유방절제수술비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병 또는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 상해로【별표28(유방절제수술 분류표)】에서 정한「유방절제수술(Total Mastectomy)」을 받은 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방절제수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상「계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 유방절제수술비 중 해당 질병과 관련한 유방절제수술비를 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특별약관이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤「유방절제수술(Total Mastectomy)」은 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

③ 계약자의 고의

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

⑤ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑥ 피보험자(보험대상자)의 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제4조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「유방절제수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에「유방절제수술」을 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 유방절제수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

4. 비용관련 특별약관

4-1. 갱신형 실손의료비보장 특별약관

갱신형 실손의료비보장 특별약관은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 특별약관입니다

제1장 일반사항

제1조(담보종목)

1 우리회사(이하 「회사」라 합니다)가 판매하는 이 갱신형 실손의료비보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 총 4개이내의 담보종목으로 구성되어 있습니다.

담보종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

2 회사는 이 특별약관의 명칭에 「실손 의료비」 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어정의)

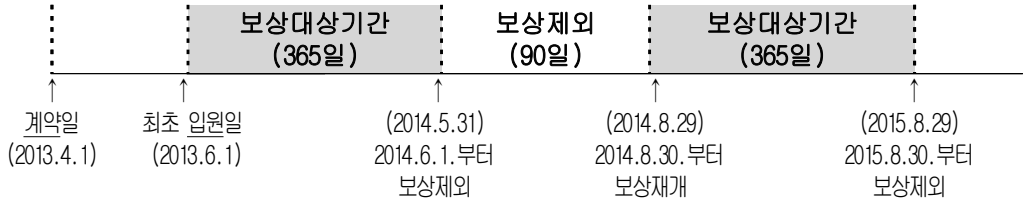
이 특별약관에서 사용하는 용어의 정의는 <붙임>과 같으며 해당 용어는 이 특별약관에서 밑줄을 그어 표시합니다.

제2장 회사가 보상하는 사항

제3조(담보종목별 보장내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해입원</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>표
준
형</td><td>입원실료,
입원제비용,
입원수술비</td><td>「국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금」과 「비급여주)(상급병실료 차액 제외)」의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

담보 종목	보상하는 사항
(1) 상해입원	<table><tr><td></td><td>상급병실료차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr><tr><td rowspan="2">선택형</td><td>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</td><td>「국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금」과 「비급여주)(상급병실료 차액 제외)」의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr><tr><td>상급병실료차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr></table> 주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상 ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다. ③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다. ④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다. <보상기간 예시>  ⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다. ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
(2) 상해통원	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다. <table><tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr><tr><td>외래</td><td>방문 1회당 「국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금」과 「비급여」주1)의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주2)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr></table>

담보 종목	보상하는 사항

(2) 상해통원

처방 조제비	처방전 1건당「국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금」과「비급여」주1)의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주2)을 한도로 보상 (매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주1) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상

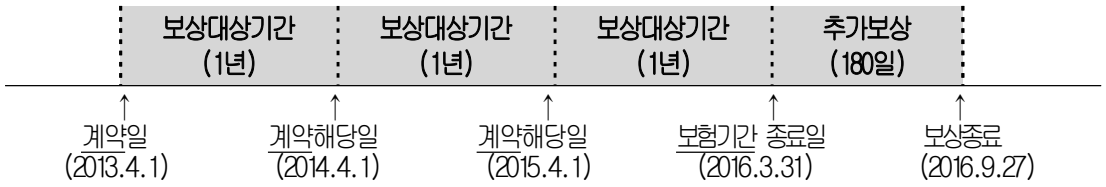
주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

<표1 항목별 공제금액>

구 분		항 목	공제금액
표준형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	처방 조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
선택형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원	1만 5천원
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
	처방 조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)
상해통원</td><td>


③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다. 단, 의료기관을 2회이상 방문시 외래의 공제금액은 방문 의료기관의 공제금액 중 가장 큰 금액을 1회에 한하여 적용합니다.

④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

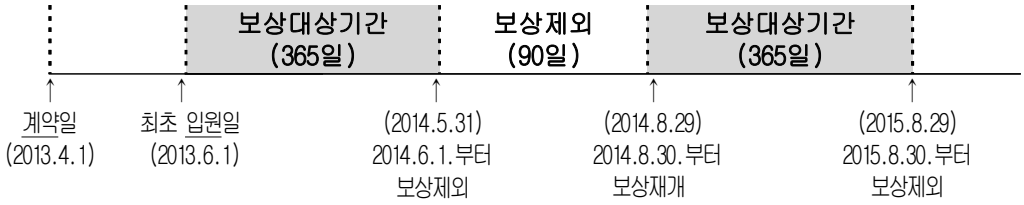
⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</td></tr>
<tr><td>(3)
질병입원</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">표준형</td><td>입원실료,
입원제비용,
입원수술비</td><td>「국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금」과 「비급여주)(상급병실료 차액 제외)」의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">선택형</td><td>입원실료,
입원제비용,
입원수술비</td><td>「국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금」과 「비급여주)(상급병실료 차액 제외)」의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr>
</table>
주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상

② 제1항의 질병에서 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다)중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(3)
질병입원</td><td>로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

④ 회사는 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>
 

⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑦ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.

⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

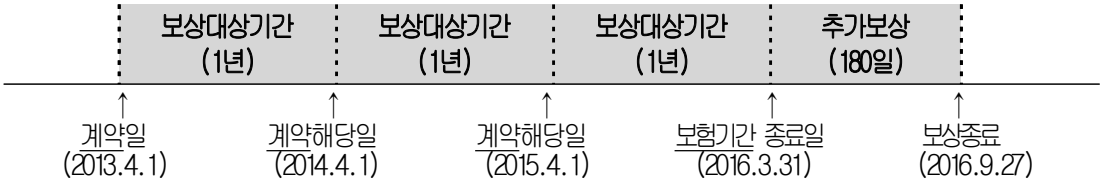
⑨ 제8항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 이 특별약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 이 특별약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.</td></tr>
<tr><td>(4)
질병통원</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

<table>
<tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 「국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금」과 「비급여」 주1)의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주2)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>처방전 1건당 「국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금」과 「비급여」 주1)의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주2)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

담보 종목	보상하는 사항
(4) 질병통원	주1) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상 주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다. **<표1 항목별 공제금액>** (아래 표 참조) ② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제1항을 적용합니다. **<보상기간 예시>** (아래 그림 참조) ③ 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약

구 분		항 목	공제 금액
표준형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	처방 조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
선택형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원	1만 5천원
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
	처방 조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원



담보 종목	보상하는 사항
(4) 질병통원	국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다. 단, 의료기관을 2회이상 방문시 외래의 공제금액은 방문 의료기관의 공제금액 중 가장 큰 금액을 1회에 한하여 적용합니다. ④ 제1항의 질병에서 청약서상 「계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다. ⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다)중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다. ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다. ⑦ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다. ⑧ 제7항의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 이 특별약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑨ 이 특별약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3장 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해입원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

담보종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해입원	2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(국민건강보험법상 본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(2) 상해통원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다),산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승

담보종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해통원	③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(국민건강보험법상 본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(3) 질병입원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② 회사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62) ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(국민건강보험법상 본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여

담보종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병입원	드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다) 12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(4) 질병통원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② 회사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62) ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(국민건강보험법상 본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사

담보종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병통원	전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외) 12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제4장 계약의 성립과 유지

제5조(계약의 성립)

① 이 특별약관 계약(이하 「계약」 이라 합니다)은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 「무진단 계약」 이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 「진단계약」 이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 표준이율(이하 「표준이율」 이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

【표준이율】
표준이율이란 보험회사가 최소한 적립해야 할 보험료적립금의 계산 등을 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율을 말합니다.

제6조(청약의 철회)

① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이

1년 미만인 계약의 경우에는 청약을 철회할 수 없으며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 「통신판매 계약」이라 합니다.)의 경우(보험기간이 1년 이상인 계약에 한함)에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

2 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날로부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 「보험계약대출이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

3 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알고 있는 경우를 제외하고 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

【보험계약대출이율】
계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제7조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 보험종목 또는 담보종목
② 보험기간
③ 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
④ 계약자, 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

2 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

3 회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

4 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

5 계약자가 제4항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제8조(보험나이 등)

1 이 특별약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

3 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산[예시]】
생년월일 : 1990년 10월 2일, 계약일 : 2013년 4월 13일
⇒ 2013년 4월 13일 - 1990년 10월 2일 = 22년 6월 11일 = 23세

제9조(계약의 무효)

계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제11조(계약자의 임의해지)
계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5장 보험료의 납입 등

제12조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 특별약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 「보장개시일(책임개시일)」이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제22조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제24조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

③ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 및 제2항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제13조(제2회 이후 보험료의 납입)
계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 「납입기일」이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제14조(보험료의 자동대출납입)
① 계약자는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우

계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
2 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 당해 전자문서에 대하여 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 회사가 그 청약을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 표준이율+1%)로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.
2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제5조(계약의 성립), 제12조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제22조(계약 전 알릴 의무) 및 제24조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.
3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 최초계약 청약시 제22조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제24조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제17조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

1 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제7조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.
2 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날로부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 경과하여 도달하고 이후 보험수익자(보험금을 받는 자)가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
5 보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 아니하는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.
또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제18조(해지환급금)

1 이 특별약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
2 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조(배당금의 지급)
회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 아니합니다.

제6장 다수보험의 처리 등

제20조(다수보험의 처리)
① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제21조(연대책임)
① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급합니다.
② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자(보험금을 받는 자)가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제7장 계약 전 알릴 의무 등

제22조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】
상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 지급거절 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】
보험계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제23조(상해보험계약 후 알릴 의무)
① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가

영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

4 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하「변경전 요율」이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 상해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

5 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사 는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제4항에 의해 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【중과실(중대한 과실)】
주의의무의 위반이 현저한 과실,「중대한 과실」, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제24조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제22조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무)제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

2 제1항제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

③ 계약체결일부터 3년이 지났을 때

④ 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

3 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다. 또한, 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

5 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보장하여 드립니다.

6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제25조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 회사에게 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급하게 할 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우

② 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 해지환급금을 지급합니다.

제26조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제8장 보험금 지급의 절차 등

제27조(주소변경통지)

1 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 보험계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제28조(대표자의 지정)

1 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.

2 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제29조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제30조(보험금 등 청구시 구비서류)

1 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)

④ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원이어야 합니다.

제31조(보험금의 지급)

1 회사는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

2 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

① 소송제기
② 분쟁조정 신청
③ 수사기관의 조사
④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
⑤ 제4항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

3 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

4 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제24조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

【영업일】
「토요일」,「일요일」,「관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일」및「근로자의 날」을 제외한 날을 의미합니다.

제32조(환급금의 지급)

1 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항)에서 정한 기본계약 적립부분 부리이율(이하「[보장]공시이율」이라 합니다) + 1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

2 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 [보장]공시이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제33조(보험금 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제34조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의), 제33조(개인신용정보의 이용) 및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의),「개인정보보호법」제15조(개인정보의 수집·이용), 제17조(개인정보의 제공), 제22조(동의를 받는 방법), 제23조(민감정보의 처리제한) 및 제24조(고유식별정보의 처리제한)의 규정을 따릅니다.

① 계약자, 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
② 계약체결일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
③ 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
④ 피보험자(보험대상자)의 상해 및 질병에 관한 정보

제35조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

2 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금과 보험계약대출 원리금을 차감합니다.
4 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제9장 분쟁조정 등

제36조(특별약관교부 및 설명의무 등)
1 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 이 특별약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 할 수 있습니다.
① 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 드린 것으로 봅니다.
② 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
③ 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2 회사가 제1항에 의해 제공될 이 특별약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 청약 시 계약자에게 드리지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달한 것으로 봅니다.
① 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
② 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
4 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
5 회사는 관계 법규에 따라 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자(보험대상자)로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제37조(소멸시효)
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

> **【소멸시효】**
> 주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 지급사유가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제38조(분쟁의 조정)
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제39조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조(특별약관의 해석)
1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 이 특별약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.

2 회사는 이 특별약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
3 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제41조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 이 특별약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제42조(회사의 손해배상책임)
1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생된 손해에 대하여 보험업법 등 관계 법률 등에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제43조(회사의 파산선고와 해지)
1 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
2 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.
3 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제44조(예금보험기금에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】
예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.
이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약은 제외)
예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제45조(준거법)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제10장 기타 운용에 관한 사항

제46조(계약의 재가입에 관한 사항)
1 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일 전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존계약 만료일의 다음날로 재가입할 수 있으며, 이 경우 회사는 기존계약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.
① 재가입일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것
② 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
③ 재가입 전 계약이 당사의 계약일 것(타사의 계약을 이전받는 경우 제외)
2 이 계약의 자동갱신 종료 후 재가입하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료비보험 상품의 보험종목에서 선택하여 가입할 수 있습니다. 재가입 시점에 회사가 판매하는 실손의료비보험은 관련법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 보장범위 및 자기부담금 등이 변경될 수 있습니다. 다만, 회사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 승낙 또는 승낙거절을 할 수 있으며, 승낙거절시에도 계약자는 재가입 직전계약과 동일한 가입조건의 보험계약으로 재가입이 가능

합니다.
3 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 알려드리고, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 그러하지 아니합니다.
4 회사가 제3항에 의한 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

<붙임> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자 (보험대상자)	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자 (보험금을 받는 자)	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원 · 병원 · 치과병원 · 한방병원 · 요양병원 · 의원 · 치과의원 · 한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술 재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급 병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)

용 어	정 의
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술 재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제41조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병 · 부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 -보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

4-2. 벌금보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 이 벌금보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 1사고당 2,000만원 한도로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다.
   다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 보험계약(공제를 포함합니다. 이하「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
② 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
③ 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고
④ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
② 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다. 이하 이 항에서 같다)은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서

정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

4-3. 자동차사고 변호사선임비용보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 이 자동차사고 변호사선임비용보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판을 진행하게 된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하「변호사선임비용」이라 합니다)를 「1사고」마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자(보험대상자)가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 아니합니다.

② 제1항의「약식기소」라 함은 형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)에 의해 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 과료 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

【형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)】

① 지방법원은 그 관할에 속한 사건에 대하여 검사의 청구가 있는 때에는 공판절차없이 약식명령으로 피고인을 벌금, 과료 또는 몰수에 처할 수 있다.

② 전항의 경우에는 추징 기타 부수의 처분을 할 수 있다.

③ 제1항의「1사고」라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 「1사고」로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자(보험대상자)가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

④ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

【용어풀이】

1.「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다.

다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

2.「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 발생된 사고에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때

② 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

③ 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

④ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는

아니 된다.
② 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다. 이하 이 항에서 같다)은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제3조(보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금 청구서(회사양식)
② 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
④ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

4-4. 교통사고 처리지원금보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 이 교통사고 처리지원금보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 인하여 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다)에게 아래의 어느 하나에 해당하는 상해를 입힌 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 지급한 금액(이하「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고 처리지원금으로 지급합니다.

① 피해자를 사망하게 한 경우

② 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우

③ 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항 및 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

2 제1항의 교통사고 처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

① 제1항 제1호의 경우 : 3천만원

② 제1항 제2호의 경우

구 분	금 액
42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	1천만원
70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	2천만원
140일(20주)이상 진단시	3천만원

③ 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

【용어풀이】

1.「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다.

다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

2.「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

3.「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해)】

① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

【형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서「중대법규위반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제3호에서「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.

3 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
② 계약자의 고의
③ 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
④ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
⑤ 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고
⑥ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】
누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】
① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
② 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다. 이하 이 항에서 같다)은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(보험금 등 청구시 구비서류)
피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)
1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고 처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
2 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제6조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)】

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 도로교통법 제151조(벌칙)의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 도로교통법 제54조(사고발생 시의 조치) 제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원 등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조(횡단 등의 금지)를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법 · 금지시기 · 금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길 건널목의 통과)에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우

상기 단서 외에 법령의 변경으로 추가되는 단서가 있는 경우에는 그 단서도 포함하는 것으로 합니다.

4-5. 중상해 교통사고 처리지원금보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 이 중상해 교통사고 처리지원금보장 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)의 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자(보험대상자)」 라 합니다)가 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 인하여 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」 라 합니다)에게 일반교통사고로 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항 및 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」 라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」 이라 합니다)을 중상해 교통사고 처리지원금으로 지급합니다.

2 제1항의 중상해 교통사고 처리지원금은 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」 라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」 를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 「6종 건설기계」 라 합니다)를 말합니다.
   다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.
2. 「운전하던 중」 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.
3. 「중상해」 라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형법 제258조(중상해, 존속중상해)】

① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

【형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 「일반교통사고」 라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다.

2 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 계약자의 고의

③ 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때

④ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

⑤ 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

⑥ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.

② 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다. 이하 이 항에서 같다)은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

제4조(보험금 등 청구시 구비서류)

피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 중상해 교통사고 처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

2 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)】

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 도로교통법 제151조(벌칙)의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 도로교통법 제54조(사고발생 시의 조치) 제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조(횡단 등의 금지)를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법 · 금지시기 · 금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길 건널목의 통과)에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우

상기 단서 외에 법령의 변경으로 추가되는 단서가 있는 경우에는 그 단서도 포함하는 것으로 합니다.

4-6. 자동차사고 성형수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 이 자동차사고 성형수술비보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 자동차 사고의 직접적인 결과로 인하여 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로부터 1년이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 100만원을 자동차사고 성형수술비로 지급합니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보상하지 아니합니다.

【용어풀이】

「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다.

다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자(보험대상자)가 동일사고로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 발생된 사고에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
② 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
③ 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

4-7. 홀인원비용보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 홀인원비용보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 골프장에서 골프경기중에 홀인원(Hole in One)을 행한 경우에는 최초1회에 한하여 홀인원을 행한 날로부터 1개월 이내에 소요된 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 홀인원비용로 지급하여 드립니다. 다만, 제2조(골프장 등의 정의) 제4항 제3호에서 정한「축하라운드 비용」의 경우에는 홀인원을 행한 날로부터 3개월이내에 소요된 금액을 지급하여 드립니다.

구 분	금 액
골프경기 중 홀인원(Hole in One)을 행한 경우	홀인원비용 보험가입금액 한도로 홀인원비용 지급

제2조(골프장 등의 정의)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의「골프장」이라 함은 각 홀이 서로 다른 티잉그라운드(Teeing Ground), 해저드(Hazard), 퍼팅그린(Putting Green) 및 스루더그린(Through the Green)으로 구성된 18홀 이상을 보유하고 있는 국내 소재의 회원제골프장 및 정규대중골프장을 말합니다. 다만, 18홀 미만의 일반대중골프장은 제외합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의「골프경기」라 함은 골프장에서 골프장에 속한 캐디를 보조자로 하고 동반경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 그러하지 아니합니다)과 기준타수(PAR) 72이상의 18홀을 정규로 라운드 하는 것을 말합니다. 다만, 우천 등의 사유로 라운드가 중지되었을 경우에는 9홀 이상을 라운드 한 경우 골프경기로 인정합니다.

3 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의「홀인원(Hole in One)」이라 함은 각 홀에서 제1타에 의해 볼이 직접 홀에 들어가는 것을 말합니다.

4 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의「홀인원비용」이라 다음 각 호의 비용을 부담함으로써 입은 손해를 말합니다.

① 증정용 기념품 구입비용. 단, 다음의 구입비용은 제외합니다.

㉠ 상품권 등의 물품전표

㉡ 선불카드(다만, 피보험자가 홀인원을 기념하기 위하여 특별히 작성한 것은 보상하여 드립니다)

② 축하만찬 비용

③ 축하라운드 비용(그린피, 캐디피, 카트비용 등)

5 제4항 제1호의「증정용 기념품 구입비용」이라 함은 홀인원을 행한 경우에 동반경기자, 친구 등에 증정할 기념품의 구입대금 또는 우송비용을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 피보험자(보험대상자)라 함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의 자격으로 행한 자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자를 제외합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 홀인원비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 각 호의 경우에 대해서는 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인 포함)인 경우에 그 피보험자(보험대상자)가 경영하는 또는 고용하고 있는 골프장에서 행한 홀인원

② 피보험자(보험대상자)가 깔때기홀(그린에 볼을 올리기만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다)에서 행한 홀인원

제5조(보험금 등 청구 시 구비서류)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 홀인원 증명서(동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 서명·날인이 있어야 합니다)

③ 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출 명세서
④ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
⑤ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 홀인원비용 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

4-8. 알바트로스비용보장 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 알바트로스비용보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중 골프장에서 골프경기 중에 알바트로스(Albatross)을 행한 경우에는 최초 1회에 한하여 알바트로스를 행한 날로부터 1개월 이내에 소요된 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알바트로스비용로 지급하여 드립니다. 다만, 제2조(골프장 등의 정의) 제4항 3호에서 정한「축하라운드 비용」의 경우에는 알바트로스를 행한 날로부터 3개월이내에 소요된 금액을 지급하여 드립니다.

보험금의 종류	지급금액
골프경기 중 알바트로스(Albatross)를 행한 경우	알바트로스비용 보험가입금액 한도로 알바트로스비용 지급

제2조(골프장 등의 정의)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의「골프장」이라 함은 각 홀이 서로 다른 티잉그라운드(Teeing Ground), 해저드(Hazard), 퍼팅그린(Putting Green) 및 스루더그린(Through the Green)으로 구성된 18홀 이상을 보유하고 있는 국내 소재의 회원제골프장 및 정규대중골프장을 말합니다. 다만, 18홀 미만의 일반대중골프장은 제외합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의「골프경기」라 함은 골프장에서 골프장에 속한 캐디를 보조자로 하고 동반경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 그러하지 아니합니다)과 기준타수(PAR) 72이상의 18홀을 정규로 라운드 하는 것을 말합니다. 다만, 우천 등의 사유로 라운드가 중지되었을 경우에는 9홀 이상을 라운드 한 경우 골프경기로 인정합니다.

3 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의「알바트로스(Albatross)」라 함은 각 홀의 기준 타수보다 3타가 적은 타수로 볼이 홀에 들어가는 것을 말합니다.

4 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의「알바트로스비용」이라 함은 다음 각 호의 비용을 부담함으로써 입은 손해를 말합니다.

① 증정용 기념품 구입비용. 단, 다음의 구입비용은 제외합니다.
  ㉠ 상품권등의 물품전표
  ㉡ 선불카드(다만, 피보험자가 알바트로스를 기념하기 위하여 특별히 작성한 것은 보상하여 드립니다)
② 축하만찬 비용
③ 축하라운드 비용(그린피, 캐디피, 카트비용 등)

5 제4항 제1호의「증정용 기념품 구입비용」이라 알바트로스을 행한 경우에 동반경기자, 친구 등에 증정할 기념품의 구입대금 또는 우송비용을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 피보험자(보험대상자)라 함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의 자격으로 행한 자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자를 제외합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 알바트로스비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 각 호의 경우에 대해서는 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인 포함)인 경우에 그 피보험자(보험대상자)가 경영하는 또는 고용하고 있는 골프장에서 행한 알바트로스
② 피보험자(보험대상자)가 깔때기홀(그린에 볼을 올리기만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다)에서 행한 알바트로스
② 기준타수 4타인 홀에서 제1타에 의해 볼이 홀에 들어가는 경우

제5조(보험금 등 청구 시 구비서류)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 알바트로스 증명서(동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 서명·날인이 있어야 합니다)
③ 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출 명세서
④ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
⑤ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 알바트로스비용 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

4-9. 골프용품손해(골프장내)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

우리회사(이하 「회사」 라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」 라 합니다)가 보험기간(이하 「보험기간」 이라 합니다) 중에 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며 골프연습장, 탈의실 등 그외 부속시설을 포함합니다. 이하 같습니다) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 생긴 사고(이하 「골프장내 사고」 라 합니다)로 입은 아래의 손해를 보상하여 드립니다.

① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 골프용품(골프채, 골프가방, 그 밖의 골프용구 또는 피복류를 말합니다. 이하 같습니다)에 생긴 화재(낙뢰를 포함합니다), 도난손해

② 우연한 사고로 골프채가 부러지거나 휘어지거나 파손됨으로써 생긴 손해

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 골프용품의 사용과 관리를 위탁받은 자 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조 규정의 범위와 같습니다. 이하 같습니다)의 고의

② 골프용품에 존재하고 있는 흠, 마멸, 부식, 녹 또는 쥐나 벌레로 인한 손해

③ 분실

④ 계약자, 피보험자의 고의 또는 중대한 과실

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

제3조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제4조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제5조(골프용품손해(골프장내)보험금)

1 회사는 보험의 목적인 골프용품에 제1조(보상하는 손해)에 정한 손해가 발생한 때에는 골프용품손해(골프장내) 보험가입금액을 한도로 다음과 같이 지급하여 드립니다.

① 손해발생 당시 보험의 목적의 시가에 의하여 산정한 금액을 손해액으로 하여 보상하여 드립니다.

② 손해가 발생된 보험의 목적을 수선하게 될 때에는 손해발생 직전의 상태로 복구시키는데 필요한 수선비를 손해액으로 하여 보상하여 드립니다.

2 회사는 피보험자가 사전에 회사의 동의를 얻어 도난당한 보험의 목적을 발견 회수하는 데에 지출한 비용을 보상하여 드립니다.

3 회사가 도난에 의한 골프용품 손해를 보상하여 드렸을 때에는 도난당한 보험의 목적에 대하여 보험금의 보험가액에 대한 비율로 그 소유권을 차지할 수 있습니다. 그러나 피보험자는 그 보험금에 해당하는 금액을 회사에 내고 도난품의 소유권을 차지할 수 있습니다.

제6조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시 청약서(질문서를 포함합니다. 이하 같습니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」 라 하며, 상법상 「고지의무」 와 같습니다) 합니다.

【계약 전 알릴의무】
상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 지급거절 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제7조(타인을 위한 계약)
1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제8조(계약후 알릴의무)
1 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
① 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
② 보험목적을 양도할 때
③ 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때
2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제9조(알릴 의무 위반의 효과)
1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제6조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제8조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

【중과실(중대한 과실)】
주의의무의 위반이 현저한 과실,「중대한 과실」, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

2 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
① 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
③ 계약체결일부터 3년이 지났을 때
④ 보험을 모집한 자(이하「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
3 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다.
5 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 제4항에

관계없이 보상하여 드립니다.
6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전· 후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제10조(사기에 의한 계약)
계약자 또는 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제11조(손해의 통지 및 조사)
1 골프용품에 손해가 생긴 경우 계약자, 피보험자는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
2 계약자, 피보험자가 제1항의 통지를 게을리 함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
3 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 있는 피보험자의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제12조(보험금 등 청구시 구비서류)
보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고발생의 목격자 등 인근 주민의 확인서)
③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
④ 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제13조(보험금의 지급)
1 회사는 제12조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다
2 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다
3 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

제14조(손해방지의무)
1 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.
2 회사는 제1항의 손해방지 또는 경감에 소요된 필요 또는 유익한 비용(이하 「손해방지 비용」 이라 합니다)은 보험에 가입한 금액(이하 「보험가입금액」 이라 합니다)의 보험목적의 가액(이하 「보험가액」 이라 합니다)에 대한 비율에 따라 이를 보상하여 드립니다.
3 회사는 제5조(골프용품손해(골프장내)보험금)의 지급보험금에 제2항의 손해방지 비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급하여 드립니다.

제15조(손해액의 조사결정)
회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에 있어서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제16조(보험금의 분담)
1 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.
2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제17조(현물보상)
회사는 손해의 일부 또는 전부에 대하여 그 손해에 상당하는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 대신할 수 있습니다.

제18조(대위권)
1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.
2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
3 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제19조(잔존물)
회사가 잔존물을 인수하지 아니할 뜻을 나타내고 손해를 보상한 경우에는 그 잔존물은 피보험자의 소유가 됩니다.

제20조(보험목적에 대한 조사)
회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 보험목적 또는 이들이 들어있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

제21조(보통약관과의 관계)
무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제7조(계약의 소멸)에 따라 보통약관이 소멸된 때에도 불구하고 이 특별약관은 소멸되지 아니합니다.

제22조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(보험금의 종류 및 지급사유), 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

5. 배상책임관련 특별약관

5-1. 일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

우리회사(이하「회사」라 합니다)는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자) 본인 및 그와 동거하는 배우자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중 다음에 열거하는 사고(이하「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 주거용으로 사용하는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고

② 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)로 인한 우연한 사고

제2조(보상하는 손해의 범위)

1 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

① 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용

㉠ 피보험자(보험대상자)가 제7조(손해방지의무)의 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉡ 피보험자(보험대상자)가 제7조(손해방지의무)의 제1항 제2호의 권리의 보전 또는 행사하기 위해 필요한 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉢ 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

㉣ 보험증권(보험가입증서)상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.

㉤ 피보험자(보험대상자)가 제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

2 회사는 제1항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

① 제1항 제1호의 손해배상금: 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원,「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 「대물 배상책임」 및 「대인 배상책임」 손해를 더한 금액을 보상합니다.

② 제1항 제2호 ㉠, ㉡ 또는 ㉤의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

③ 제1항 제2호 ㉢ 또는 ㉣의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 1억원 한도 내에서 보상합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 계약자, 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의

② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태

③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

④ 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

⑤ 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

2 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임

② 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임

③ 피보험자(보험대상자)의 피고용인이 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임

④ 피보험자(보험대상자)와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임

⑤ 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
⑥ 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.
⑦ 피보험자(보험대상자)의 심신상실로 인한 배상책임
⑧ 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
⑨ 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
⑩ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
⑪ 폭력행위로 인한 배상책임

제4조(타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상을 한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사의 보험금을 청구할 수 있습니다.

제5조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)를 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제7조(손해방지의무)

1 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
① 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
② 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
2 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1항에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
② 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
③ 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

1 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
2 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자(보험대상자) 및 계약자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.
3 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.
4 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제9조(보험금의 분담)

1 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는, 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

2 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제10조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

2 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제11조(계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때

② 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

③ 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

제12조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의나 중대한 과실로 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당되는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제11조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 경우

2 제1항 제1호의 규정에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때

③ 계약체결일부터 3년이 지났을 때

④ 보험을 모집한 자(이하「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

3 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다.

5 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 증명한 경우

에는 제4항에 관계없이 보상하여 드립니다.
6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제13조(손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명

② 피해자부터 손해배상청구를 받았을 경우

③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 아니합니다.

제14조(보험금의 지급)

1 피보험자(보험대상자)가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금 청구서

② 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 명하는 서류

④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

2 회사는 제1항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

3 회사는 제2항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

제15조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

1 회사는 피보험자(보험대상자)의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자(보험대상자)가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자(보험대상자)를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

2 회사는 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

3 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자(보험대상자)는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.

4 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때

② 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때

5 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자(보험대상자)에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자(보험대상자)는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제16조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제17조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(보험금의 종류 및 지급사유), 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

5-2. 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 제2항에서 정한 피보험자(이하「피보험자(보험대상자)」라 합니다)가 이 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 다음에 열거하는 사고(이하「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하「배상책임손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

① 피보험자(보험대상자)가 주거용으로 사용하는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고

② 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

2 제1항의 피보험자(보험대상자)라 함은 아래에 정한 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자) 및 그 가족을 말합니다.

① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(이하「피보험자(보험대상자) 본인」이라 합니다)

② 피보험자(보험대상자) 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하「배우자」라 합니다)

③ 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)

④ 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거 중인 미혼자녀

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

3 위 제2항에서 피보험자(보험대상자) 본인과 본인 이외의 피보험자(보험대상자)와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(보상하는 손해의 범위)

1 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

① 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용

㉠ 피보험자(보험대상자)가 제7조(손해방지의무)의 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉡ 피보험자(보험대상자)가 제7조(손해방지의무)의 제1항 제2호의 권리의 보전 또는 행사하기 위해 필요한 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉢ 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

㉣ 보험증권(보험가입증서)상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.

㉤ 피보험자(보험대상자)가 제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

2 회사는 제1항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

① 제1항 제1호의 손해배상금: 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원,「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 「대물 배상책임」 및「대인 배상책임」 손해를 더한 금액을 보상합니다.

② 제1항 제2호 ㉠, ㉡ 또는 ㉤의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

③ 제1항 제2호 ㉢ 또는 ㉣의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 1억원 한도 내에서 보상합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 계약자, 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의

② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태
③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
④ 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고
⑤ 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

2 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
① 피보험자(보험대상자)의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
② 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
③ 피보험자(보험대상자)의 피고용인이 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
④ 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
⑤ 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
⑥ 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.
⑦ 피보험자(보험대상자)의 심신상실로 인한 배상책임
⑧ 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
⑨ 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
⑩ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
⑪ 폭력행위로 인한 배상책임

제4조(타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기 할 수 없습니다.

2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제5조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제7조(손해방지의무)

1 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
① 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
② 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

2 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1항에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
① 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
② 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
③ 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

1 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

2 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자(보험대상자) 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

3 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.

4 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제9조(보험금의 분담)

1 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는, 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율로 보상하여 드립니다.

2 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제10조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

2 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.

3 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제11조(계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때

② 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

③ 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

제12조(알릴의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제25조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제11조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

2 제1항 제1호의 규정에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
③ 계약체결일부터 3년이 지났을 때
④ 보험을 모집한 자(이하 「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

3 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 알려드립니다.

5 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보상하여 드립니다.

6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제13조(손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
② 피해자부터 손해배상청구를 받았을 경우
③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 아니합니다.

제14조(보험금의 지급)

1 피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금 청구서
② 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 명하는 서류
④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

2 회사는 제1항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

3 회사는 제2항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

제15조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

1 회사는 피보험자(보험대상자)의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자(보험대상자)가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자(보험대상자)를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

2 회사는 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

3 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자(보험대상자)는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.

4 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
② 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때

5 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자(보험대상자)에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자(보험대상자)는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제16조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제17조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제16조(보험금의 종류 및 지급사유), 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제19조(적립부분 부리이율에 관한 사항), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제23조(중도인출)은 제외합니다.

자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

이 자동갱신 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 특별약관 중 아래의 자동갱신 적용대상 특별약관(이하「자동갱신 적용대상 계약」이라 합니다)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 합의가 되었을 경우에 적용합니다.

【자동갱신 적용대상 특별약관】

- 갱신형 암진단비보장 특별약관
- 갱신형 암진단비(Ⅱ)보장 특별약관
- 갱신형 5대고액치료비암진단비보장 특별약관
- 갱신형 이차암진단비보장 특별약관
- 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관
- 갱신형 뇌질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관
- 갱신형 뇌질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관
- 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관
- 갱신형 심장질환진단비(Ⅰ)보장 특별약관
- 갱신형 심장질환진단비(Ⅱ)보장 특별약관
- 갱신형 특정전염병치료비보장 특별약관
- 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관
- 갱신형 질병중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관
- 갱신형 암입원일당보장 특별약관
- 갱신형 질병수술비보장 특별약관
- 갱신형 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관
- 갱신형 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관
- 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관
- 갱신형 실손의료비보장 특별약관
- 갱신형 장기요양급여금(Ⅰ)보장 특별약관
- 갱신형 장기요양급여금(Ⅱ)보장 특별약관
- 갱신형 장기요양급여금(Ⅲ)보장 특별약관
- 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관
- 갱신형 간병인지원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관
- 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제2조(자동갱신 적용대상 계약 자동갱신)

① 보장계약이 다음 각호의 조건을 충족하고, 보장계약이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 자동갱신 적용대상 계약(이하「갱신전 보장계약」이라 합니다)이 만기되는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 자동갱신 적용대상 계약(이하「갱신보장계약」이라 합니다)만기일이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제13조(보험료의 납입 연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

② 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자(보험대상자)의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 보장계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제3조(자동갱신 적용)

① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신보장계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

② 회사는 제2조(자동갱신적용대상 계약 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신대상 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

제4조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 보장계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신보장계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입하여야 하며, 보험계약자가 보험료를 납입하지 않는 경우 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일에 보장계약은 해제되는 것으로 봅니다.

② 제1항에서 정한 기간(갱신보장의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 경우 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일)안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(자동갱신 적용대상 계약의 보장개시)

제2조(자동갱신 적용대상 계약 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터

개시됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관 및 해당 자동갱신 적용대상 계약을 따릅니다.

연계가입 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

1 이 특별약관은 다음 각 호에 정한 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304(이하「케어프리보험」이라 합니다)의 서로 다른 세목을 제2조(연계가입의 정의)에 따라 2개 이상 가입하는 경우에 한하여 적용합니다.

① 케어프리보험 생활케어프리(이하「생활케어프리」라 합니다)

② 케어프리보험 재무케어프리(이하「재무케어프리」라 합니다)

③ 케어프리보험 연금저축 은퇴케어프리(이하「연금저축 은퇴케어프리」라 합니다)

2 제3조(연계가입의 변경)에 따라 제2조(연계가입의 정의)에서 정한 조건에 하나라도 충족하지 못하는 경우, 해당시점부터 그 조건에 충족하지 못하는 세목에 대한 이 특별약관의 효력은 상실됩니다.

제2조(연계가입의 정의)

1「연계가입」이라 함은 제1조(특별약관의 적용) 제1항 제1호 내지 제3호에서 정한 케어프리보험의 서로 다른 세목을 제2항에 따라 2개 이상 가입하는 경우를 말합니다.

2 연계가입은 연계가입시 또는 연계가입 이후에도 아래 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 적용합니다.

① 각 세목의 계약자가 동일할 것

② 각 세목의 피보험자(보험대상자)가 동일할 것

3 동일한 세목을 2개이상 가입한 경우에는 1개의 세목에 한하여 제1항의 연계가입을 적용하며, 이 경우 최초로 가입한 1개의 세목을 기준으로 적용합니다.

4 연계가입 이후 새로운 세목을 가입하는 경우에 계약자는 그 새로운 세목을 이미 연계가입 되어있는 세목들에 포함할 수 있으며, 이 경우 제3항을 다시 적용합니다.

5 보험업법 제127조(기초서류의 신고)에 따라 제1항의 케어프리보험의 기초서류가 변경되는 경우에도 회사는 변경된 케어프리보험을 포함하여 제1항 내지 제4항을 적용합니다.

제3조(연계가입의 변경)

계약자는 회사가 정한 절차에 따라 제1조(특별약관의 적용)에서 정한 세목을 추가, 삭제, 분리 또는 통합할 수 있습니다.

제4조(연계가입 계약서류 통합제공)

1 케어프리보험의 서로 다른 세목을 동시에 연계가입하여 계약을 체결하며 아래 각 호의 조건을 추가적으로 충족하는 경우「개인(신용)정보 제공에 관한 서류」,「청약서(알릴의무 포함)」및「상품설명서」에 대하여 각각의 세목을 통합하여 자필서명이 가능합니다.

① 각 세목의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일할 것

② 각 세목의 지정대리청구인이 동일할 것

2 제1항의 경우 회사는 계약자에게「통합 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)」를 제공하고, 계약을 승낙한 때에는「통합 보험증권(보험가입증서)」를 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 무배당 메리츠 케어프리보험 M-Basket1304 생활케어프리 보통약관을 따릅니다.

이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

2 보통약관이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

3 이 특별약관은 피보험자(보험대상자)가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 보통약관의 내용에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

2 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125씨씨이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50씨씨미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트미만)인 이륜자동차를 말합니다.

3 피보험자(보험대상자)에게 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 그 보험금 지급사유가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 보험금 지급사유인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 거주하는 관할경찰서에서 발행하는 사고처리확인원등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

1 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)는 이 보험료 자동납입 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

2 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 제1조(계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 우리회사(이하「회사」라 합니다)와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

특정부위·질병부보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자(보험대상자)의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 보장개시일(책임개시일)은 보통약관 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 (책임개시일)과 동일합니다.

3 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

4 이 특별약관에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.

① 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우

② 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

1 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 【별표29(특정부위·질병 분류표)】 중에서 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니합니다. 다만, 진단확정된 질병으로 인하여 사망하거나 또는 진단확정된 질병으로 【별표1(장해분류표)】 에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되어 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보상하여 드립니다.

① 회사가 지정한 부위(이하 「특정부위」 라 합니다)에 진단확정된 질병(【별표29-1(특정부위 분류표)】) 또는 특정부위에 진단확정된 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 진단확정된 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다)

② 회사가 지정한 질병(이하 「특정질병」 이라 합니다)
(【별표29-2(특정질병 분류표)】)

2 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「보험계약의 보험기간」 으로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

3 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 「보험계약의 보험기간」 으로 적용한 경우 계약 청약일로부터 5년 이내에 제1항 제1호 또는 제1항 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 아니하면 계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 보상하여 드립니다.

4 제3항의 「계약 청약일로부터 5년 이내」 라 함은 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말하며, 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제3항의 청약일로 합니다.

5 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

① 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 진단확정된 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 진단확정된 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 진단확정된 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

③ 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우

6 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

7 피보험자(보험대상자)에게 보험금 지급사유가 발생했을 경우, 그 보험금 지급사유가 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 보험금 지급사유인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

8 제1항 제1호의 특정부위는 3개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 준용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

사망보험금 양육연금전환 특별약관

제1조 (특별약관의 체결 및 효력)

1 이 사망보험금 양육연금전환 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)은 피보험자(보험대상자)의 사망을 보험금 지급사유로 하고 사망보험금을 일시에 지급하는 보험계약(이하 「계약」 이라 합니다)을 체결할 때 또는 체결한 이후에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 「보험계약자」 는 「계약자」 , 「보험회사」 는 「회사」 라 합니다)

2 계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)의 사망으로 계약의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 효력은 제6조(양육연금의 운용) 제1항에서 정한 양육연금의 지급이 종료될 때까지 소멸하지 아니합니다.

제2조 (특별약관의 청약)

1 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 이 특별약관을 청약할 수 있습니다.

2 계약자는 이 특별약관의 청약시 계약의 보험수익자(보험금을 받는 자)를 양육연금을 받는 자(이하 「수익자녀」 라 합니다)로 지정 또는 변경하여야 합니다.

3 계약자는 계약에서 일시에 지급되는 사망보험금의 50%이상을 양육연금의 지급을 위한 전환금액(이하 「양육연금전환금액」 이라 합니다)으로 선택하여야 합니다.

4 계약자는 수익자녀 나이 15세, 20세, 25세 중 하나를 양육연금의 지급종료나이(이하 「양육연금종료나이」 라 합니다)로 선택하여야 합니다.

5 계약자가 이 특별약관을 청약하고 회사의 승낙(이하 「특별약관의 체결」 이라 합니다)이 있은 후 계약에서 사망보험금 지급사유가 발생하더라도 아래 각 호의 경우에는 이 특별약관을 적용하지 아니합니다.

① 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이가 이 특별약관의 체결시 정한 양육연금종료나이와 같거나 초과한 경우

② 이 특별약관의 체결 후 수익자녀가 사망하거나 계약의 보험수익자(보험금을 받는 자)에서 제외된 경우

제3조 (수익자녀의 범위)

제2조(특별약관의 청약) 제2항의 수익자녀는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀 중 1인으로 합니다.

제4조 (계약내용의 변경)

1 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 회사의 승낙을 얻어 아래 각 호의 사항을 변경할 수 있습니다.

① 수익자녀

② 양육연금전환금액

③ 양육연금종료나이

2 계약자가 제1항 제1호 내지 제3호의 사항을 변경하고자 할 때에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 얻어야 합니다.

제5조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조 (양육연금의 운용)

1 회사는 제2조(특별약관의 청약) 제3항에서 정한 양육연금전환금액을 재원(이하 「양육연금재원」 이라 합니다)으로 양육연금의 지급기간동안 동일한 금액(이하 「양육연금」 이라 합니다)을 매년 보험금 지급사유 발생일에 수익자녀에게 지급합니다. 이 경우 미지급된 양육연금재원에 대해서 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

2 제1항의 양육연금의 지급기간(이하 「양육연금지급기간」 이라 합니다)이라 함은 제2조(특별약관의 청약) 제4항의 양육연금종료나이에서 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이를 뺀 기간을 말합니다.

3 양육연금지급기간 중 수익자녀의 나이에 따른 제한사항은 아래와 같습니다.

① 수익자녀의 나이가 만20세 미만인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 없습니다.

② 수익자녀의 나이가 만20세 이상인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 있으며 이 때 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 예정이율로 할인한 금액으로 합니다.

4 제3항 제1호에도 불구하고 수익자녀가 양육연금지급기간 중 사망한 경우에는 미지급 양육연금을 수익자녀의 법정상속인에게 일시에 지급하는 금액으로 지급하며 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 예정이율로 할인한 금액으로 합니다.

5 수익자녀 또는 수익자녀의 법정대리인은 제3항 제2호의 경우를 제외하고 양육연금지급기간 중 미지급 양육연금에 대해서 계약의 보통약관에 의한 일시에 지급하는 금액의 청구나 보험금수령방법의 변경에 관한 권리를 행사할 수 없습니다.

제7조 (나이의 계산 및 적용)

1 제2조(특별약관의 청약) 제4항 내지 제5항 및 제6조(양육연금의 운용) 제2항의 나이는 수익자녀의 보험나이를 기준으로 합니다.

2 제1항의 보험나이는 보험금 지급사유 발생일 현재 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 보험금 지급사유 발생일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 제6조(양육연금의 운용) 제3항의 나이는 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 합니다.

제8조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일(책임개시일))

1 이 특별약관의 보험료는 없습니다.

2 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 청약을 승낙한 날로 합니다.

제9조 (해지된 특별약관의 부활)

1 회사는 이 특별약관의 부활 청약을 받은 경우에는 계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 계약의 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활을 취급합니다.

2 계약의 부활 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특별약관도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.

3 이 특별약관을 부활하는 경우의 보장개시일(책임개시일)은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일(책임개시일)) 제2항의 규정을 따릅니다.

제10조 (보험금 등 청구시 구비서류)

수익자녀, 수익자녀의 법정대리인은 아래 각 호의 서류를 제출하고 양육연금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사양식)
② 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀임을 확인할 수 있는 서류
③ 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
④ 수익자녀의 법정대리인의 경우 법정대리인임을 확인할 수 있는 서류
⑤ 기타 수익자녀가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제11조 (보험금 등의 지급)

1 회사는 제10조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 양육연금을 지급하여 드립니다.

2 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일을 계약자 또는 수익자녀에게 서면으로 통지하여 드립니다.

3 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자녀의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

제12조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 계약의 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

전자서명 특별약관

제1조(적용대상)
이 전자서명 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)
① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.(이하「보험계약자」는「계약자」,「보험회사」는「회사」라 합니다)
② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명(이하「전자서명」이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제3조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

【전자서명법 제2조(정의)】
2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
   가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
   나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
   다. 전자서명이 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
   라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

제3조(약관교부의 특례)
① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 등(보험증권은 제외하며, 이하 「보험계약 안내자료」라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 봅니다.
② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(보험계약자의 알릴의무)
① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 아니한 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 아니하여 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【별표1】

장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해 지급률로 정합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 간병여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) “ 0.06 ”	25
5) “ 0.1 ”	15
6) “ 0.2 ”	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) “안구의 뚜렷한 운동장해”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) “안구의 뚜렷한 조절기능장해 “라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) “시야가 좁아진 때” 라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때 “라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 더하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때” 라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때” 라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때 “라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) **“**말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때” 라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
   ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
   ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
   ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
   ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때” 라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때” 라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손” 이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.

10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) "외모" 란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해" 라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때" 라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   ② 길이 10㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   ③ 직경 5㎝ 이상의 조직함몰
   ④ 코의 1/20이상 결손
2) 머리
   ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   ② 길이 5㎝ 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
   ③ 직경 2㎝ 이상의 조직함몰
   ④ 코의 1/40이상 결손
2) 머리
   ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
   ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

"손바닥 크기" 라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
3) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
4) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
5) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
6) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
9) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
10) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
11) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래와 같다.
   ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5㎝ 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
   ② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) “뼈에 기형을 남긴 때” 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10)한다리가 5㎝ 이상 짧아진 때	30
11)한다리가 3㎝ 이상 짧아진 때	15
12)한다리가 1㎝ 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “다리” 라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절” 이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때” 라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침” 의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때” 라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)"인 경우
   나) “심한 장해” 라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/40이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
   다) “뚜렷한 장해” 라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) “약간의 장해” 라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 더하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) “발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때” 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10～100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10)뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11)약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다.

그러나 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
⑧ 정신 및 행동장해의 경우 간병인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동감시를 위한 간병을 구별하여야 한다.

3) 치매

① "치매"라 함은
- 뇌 속에 후천적으로 생긴 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

【별표2】

골절(치아파절 제외)분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 골절로 분류되는 상병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 상세불명의 머리 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표3】

골절분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 상세불명의 머리 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표4】

5대골절분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 5대골절로 분류되는 상병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0~S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표5】

화상분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 화상으로 분류되는 상병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표6】

중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

구분	대 상 질 병	분류코드
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표7】

자동차사고 부상 등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	상해내용
1급	1. 고관절의 골절 또는 골절성 탈구 2. 척추체 분쇄성 골절 3. 척추체 골절 또는 탈구로 인한 제신경증상으로 수술을 시행한 상해 4. 외상성 두 개강안의 출혈로 개두술을 시행한 상해 5. 두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 상해 또는 경막하 수종, 수활액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 개두술을 시행한 상해 6. 고도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 생명이 위독한 상해(48시간 이상 혼수상태가 지속되는 경우에 한한다) 7. 대퇴골 간부의 분쇄성 골절 8. 경골아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 9. 화상 · 좌창 · 괴사창 등 연부조직에 손상이 심한 상해(몸표면의 9퍼센트 이상의 상해) 10. 사지와 몸통의 연부조직에 손상이 심하여 유경식피술을 시행한 상해 11. 상박골 경부 골절과 간부 분쇄골절이 중복된 경우 또는 상완골 삼각골절 12. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 상박골 분쇄성 골절 2. 척주체의 압박골절이 있으나 제신경증상이 없는 상해 또는 경추 탈구(아탈구 포함), 골절 등으로 경추보조기(할로베스트) 등 고정술을 시행한 상해 3. 두개골 골절로 신경학적 증상이 현저한 상해(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 4. 내부장기 파열과 골반골 골절이 동반된 상해 또는 골반골 골절과 요도 파열이 동반된 상해 5. 슬관절 탈구 6. 족관절부 골절과 골절성 탈구가 동반된 상해 7. 척골 간부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해 8. 천장골 간 관절 탈구 9. 슬관절 전 · 후십자인대 및 내측부인대 파열과 내 · 외측 반월상 연골이 전부 파열된 상해 10. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상해내용
3급	1. 상박골 경부 골절 2. 상박골 과부 골절과 주관절 탈구가 동반된 상해 3. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 4. 수근 주상골 골절 5. 요골 신경손상을 동반한 상박골 간부 골절 6. 대퇴골 간부 골절(소아의 경우에는 수술을 시행한 경우만 해당하며, 그 외의 사람의 경우에는 수술의 시행여부를 불문한다) 7. 무릎골(슬개골을 말한다. 이하 같다) 분쇄 골절과 탈구로 인하여 무릎골 완전 적출술을 시행한 상해 8. 경골 과부 골절로 인하여 관절면이 손상되는 상해(경골극 골절로 관혈적 수술을 시행한 경우를 포함한다) 9. 족근 골척골 간 관절 탈구와 골절이 동반된 상해 또는 족근중족(Lisfranc)관절의 골절 및 탈구 10. 전·후십자인대 또는 내외측 반월상 연골 파열과 경골극 골절 등이 복합된 슬내장 11. 복부 내장 파열로 수술이 불가피한 상해 또는 복강내출혈로 수술한 상해 12. 뇌손상으로 뇌신경 마비를 동반한 상해 13. 중증도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 심한 상해(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말 한다) 14. 개방성 공막 열창으로 양쪽 안구가 파열되어 양안 적출술을 시행한 상해 15. 경추궁의 선상 골절 16. 항문 파열로 인공항문 조성술 또는 요도 파열로 요도성형술을 시행한 상해 17. 대퇴골 과부 분쇄 골절로 인하여 관절면이 손상되는 상해 18. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 대퇴골 과부(원위부, 과상부 및 대퇴과간을 포함한다) 골절 2. 경골 간부 골절, 관절면 침범이 없는 경골 과부 골절 3. 거골 경부 골절 4. 슬개인대 파열 5. 견갑 관절부위의 회선근개 골절 6. 상박골 외측상과 전위 골절 7. 주관절부 골절과 탈구가 동반된 상해 8. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 9. 안구 파열로 적출술이 불가피한 상해 또는 개방성 공막열창으로 안구 적출술, 각막 이식술을 시행한 상해 10. 대퇴 사두근, 이두근 파열로 관혈적 수술을 시행한 상해 11. 슬관절부의 내·외측부 인대, 전·후십자 인대, 내·외측반월상 연골 완전 파열(부분 파열로 수술 을 시행한 경우를 포함한다) 12. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경·비골아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 13. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상해내용
5급	1. 골반골의 중복 골절(말가이그니씨 골절 등을 포함 한다) 2. 족관절부의 내외과 골절이 동반된 상해 3. 족종골 골절 4. 상박골 간부 골절 5. 요골 원위부(Colles, Smith, 수근 관절면, 요골 원위 골단 골절을 포함한다) 골절 6. 척골 근위부 골절 7. 다발성 늑골 골절로 혈흉, 기흉이 동반된 상해 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한상해 8. 족배부 근건 파열창 9. 수장부 근건 파열창(상완심부 열창으로 삼각근, 이두근 근건파열을 포함한다) 10. 아킬레스건 파열 11. 소아의 상박골 간부 골절(분쇄골절을 포함한다)로 수술한 상해 12. 결막, 공막, 망막 등의 자체 파열로 봉합술을 시행한 상해 13. 거골 골절(경부를 제외한다) 14. 관혈적 정복술을 시행하지 아니한 소아의 경·비골 아래의 3분의 1 이상의 분쇄 골절 15. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경골 분쇄 골절 16. 23치 이상의 치과보철을 요하는 상해 17. 그 밖에 5급에 해당된다고 인정되는 상해
6급	1. 소아의 하지 장관골 골절(분쇄 골절 또는 성장판 손상을 포함한다) 2. 대퇴골 대전자부 절편 골절 3. 대퇴골 소전자부 절편 골절 4. 다발성 발바닥뼈(중족골을 말한다. 이하 같다) 골절 5. 치골·좌골·장골·천골의 단일 골절 또는 미골 골절로 수술한 상해 6. 치골 상·하지 골절 또는 양측 치골 골절 7. 단순 손목뼈 골절 8. 요골 간부 골절(원위부 골절을 제외한다) 9. 척골 간부 골절(근위부 골절을 제외한다) 10. 척골 주두부 골절 11. 다발성 손바닥뼈(중수골을 말한다. 이하 같다) 골절 12. 두개골 골절로 신경학적 증상이 경미한 상해 13. 외상성 경막하 수종, 수활액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 수술하지 아니한 상해(천공술을 시행한 경우를 포함한다) 14. 늑골 골절이 없이 혈흉 또는 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 상해 15. 상박골 대결절 견연 골절로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골 또는 대퇴골 과부 견연 골절 17. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 요하는 상태 18. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 소아의 상지 장관골 골절 2. 족과절 내과골 또는 외과골 골절 3. 상박골 상과부굴곡 골절 4. 고관절 탈구 5. 견갑 관절 탈구 6. 견봉쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉쇄골간 인대 파열 7. 족관절 탈구 8. 천장관절 이개 또는 치골 결합부 이개 9. 다발성 안면두개골 골절 또는 신경손상과 동반된 안면 두개골 골절 10. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 요하는 상태 11. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상해내용
8급	1. 상박골 절과부 신전 골절 또는 상박골 대결절 견연 골절로 수술하지 아니한 상해 2. 쇄골 골절 3. 주관절 탈구 4. 견갑골(견갑골극 또는 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오훼돌기를 포함한다) 골절 5. 견봉쇄골 인대 또는 오구쇄골 인대 완전 파열 6. 주관절내 상박골 소두 골절 7. 비골(다리) 골절, 비골 근위부 골절(신경손상 또는 관절면 손상을 포함한다) 8. 발가락뼈(족지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 상해 9. 다발성 늑골 골절 10. 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경 학적 증상이 경미한 상해 11. 안면부 열창, 두개부 타박 등에 의한 뇌손상이 없는 뇌신경손상 12. 상악골, 하악골, 치조골, 안면 두개골 골절 13. 안구 적출술 없이 시신경의 손상으로 실명된 상해 14. 족부 인대 파열(부분 파열을 제외한다) 15. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 요하는 상해 16. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 척주골의 극상돌기, 횡돌기 골절 또는 하관절 돌기 골절(다발성 골절을 포함한다) 2. 요골 골두골 골절 3. 완관절내 월상골 전방 탈구 등 손목뼈 탈구 4. 손가락뼈(수지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 상해 5. 손바닥뼈 골절 6. 수근 골절(주상골을 제외한다) 7. 발목뼈(족근골을 말한다) 골절(거골 · 종골을 제외한다) 8. 발바닥뼈 골절 9. 족관절부 염좌, 경 · 비골 이개, 족부 인대 또는 아킬레스건의 부분파열 10. 늑골, 흉골, 늑연골 골절 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 수술을 시행하지 아니한 경우 11. 척주체간 관절부 염좌로서 그 부근의 연부조직(인대 · 근육 등) 손상이 동반된 상해 12. 척수 손상으로 마비증상 없고 수술을 시행하지 아니한 경우 13. 완관절 탈구(요골, 손목뼈 관절 탈구 또는 수근간 관절탈구, 하 요척골 관절 탈구를 포함한다) 14. 미골 골절로 수술하지 아니한 상해 15. 슬관절부 인대의 부분 파열로 수술을 시행하지 아니한 경우 16. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 요하는 상해 17. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 외상성 슬관절내 혈종(활액막염을 포함한다) 2. 손바닥뼈 지골간 관절 탈구 3. 손목뼈 손바닥뼈간 관절 탈구 4. 상지부 각 관절부(견관절, 주관절, 완관절) 염좌 5. 척골 · 요골 경상돌기 골절, 제불완전골절[비골(코) 골절 · 손가락뼈 골절 및 발가락뼈 골절을 제외한다] 6. 손가락 신전근건 파열 7. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 요하는 상해 8. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상해내용
11급	1. 발가락뼈 관절 탈구 및 염좌 2. 손가락 골절 · 탈구 및 염좌 3. 비골(코) 골절 4. 손가락뼈 골절 5. 발가락뼈 골절 6. 뇌진탕 7. 고막 파열 8. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 요하는 상해 9. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 8일 이상 14일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 15일 이상 26일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
13급	1. 4일 이상 7일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 8일 이상 14일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
14급	1. 3일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 7일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해

※ 비고

1. 2급부터 11급까지의 상해내용중 개방성 골절은 해당등급보다 한 등급 높이 배상한다.
2. 2급부터 11급까지의 상해내용 중 단순성 선상 골절로 인한 골편의 전위가 없는 골절은 해당 등급보다 한 등급 낮게 배상한다.
3. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해로부터 하위 3등급(예 : 상해내용이 주로 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높이 배상한다.
4. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 1급의 금액을 초과하지 아니하는 범위에서 상해 등급별에 해당 금액의 합산액을 배상한다.

.

【별표8】

질병 특정고도장해 판정기준

약관에서 정한 질병고도장해는 다음에 적은 장해상태를 말합니다. 각 장해상태의 세부 판정기준, 판정시기, 장해진단전문의 및 장해진단기관의 기준에 관하여는 보건복지부의 「장애등급판정기준」을 따릅니다.

1. 팔· 다리의 절단장해

(1) 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
(2) 한 팔을 팔꿈치관절 이상 부위에서 잃은 경우
(3) 두 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

2. 팔· 다리의 기능장해

(1) 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우
(2) 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
(3) 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
(4) 한 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
(5) 두 팔을 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우
(6) 두 팔 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
(7) 두 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50%이상 감소된 경우
(8) 두 다리를 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우
(9) 두 다리 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
(10) 두 다리의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50%이상 감소된 경우

※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

3. 척추의 기능장해

(1) 척추의 병변으로 척추가 완전강직되어 앉은 자세를 10분 이상 유지하기 어려운 경우

※ 척추의 기능장해는 척추부 단순 X-선 촬영 또는 CT나 MRI에 의한 객관적인 검사소견(척추의 유합 및 금속물의 삽입 등)과 완전강직(척추가 한 위치에서 완전히 고정)이 있어야 하며, 디스크 등 통증이 주된 증상인 경우 및 척추의 완전강직이 통증에 의한 경우는 척추의 기능장해로 판정할 수 없습니다.

4. 뇌병변장해

(1) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 병변으로 인하여 평지에서 50m이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 매우 어려운 경우 또는 손잡이를 잡고도 계단 오르내리기가 겨우 가능한 경우
(2) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리 등을 어느 정도 할 수 있으나 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일 또는 선반에 물건을 올리는 일 등은 거의 할 수 없는 경우
(3) 아래 7.의 (3)뇌병변장해의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

5. 시각장해

(1) 좋은 눈의 시력이 0.04이하인 경우

※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

6. 청각장해

(1) 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨 이상인 경우

※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

7. 서로 다른 신체부위에 각각 장해가 발생되어 아래의 장해중 2가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장해가 팔·다리의 절단장해 또는 팔·다리의 기능장해와 동반된 경우에는 하나의 장해로 봅니다.)

(1) 팔·다리의 절단장해

① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우

② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우

③ 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 경우

④ 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장해

① 한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우

② 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

③ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우

④ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우

⑤ 한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우

⑥ 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

⑦ 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우

⑧ 두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 경우

⑨ 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우

⑩ 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25%이상 50%미만 감소된 경우

⑪ 한 다리를 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우

⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.

※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.

※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.

※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장해

① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 병변으로 인하여 평지에서 100m이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 어려운 경우 또는 계단을 오르내리기가 매우 어려운 경우

② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리를 하는데 다소의 어려움은 있으며 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일, 선반에 물건을 올리는 일 등이 매우 어려운 경우

③ 아래 8.의 (3)뇌병변장해의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

(4) 시각장해

① 좋은 눈의 시력이 0.08이하인 경우

② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 5도 이하로 남은 경우

※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.

※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장해

① 두 귀의 청력 손실이 각각 80데시벨 이상인 경우

② 양측 평형기능의 소실이 있으며 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지고 일상에서 자신을 돌보는 일 외에는 타인의 도움이 필요한 경우

※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장해

① 발성이 불가능하거나 특수한 방법(식도발성, 인공후두기)으로 간단한 대화가 가능한 음성장애

② 말의 흐름이 97%이상 방해를 받는 말더듬

③ 자음정확도가 30%미만인 조음장애

④ 의미 있는 말을 거의 못하는 표현언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

⑤ 간단한 말이나 질문도 거의 이해하지 못하는 수용언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

8. 서로 다른 신체부위에 각각 장해가 발생되어 위 7.의 장해중 1가지 이상에 반드시 해당되고 아래의 장해중 1가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장해가 팔·다리의 절단장해 또는 팔·다리의 기능장해와 동반된 경우에는 하나의 장해로 봅니다.)

(1) 팔· 다리의 절단장해

① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 경우

② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우

③ 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우

④ 두 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 경우

⑤ 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔· 다리의 기능장해

① 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우

② 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

③ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우

④ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

⑤ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우

⑥ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

⑦ 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 경우

⑧ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우

⑨ 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 75%이상 감소한 경우

⑩ 한 다리를 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우

⑪ 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우

⑬ 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 경우

※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.

※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.

※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장해

① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 병변으로 인하여 평지에서 근거리 보행만이 가능하고 고르지 못한 바닥이나 언덕길에서 파행이 뚜렷하고 안전성이 없어 넘어지기가 쉬우며 계단 오르내리기가 어려운 경우
② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 병변으로 인하여 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 매우 어려움이 있는 경우
③ 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 병변으로 인하여 아래 ⓐ와 ⓑ에 동시에 해당되는 경우
   ⓐ 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걸을 때 파행이 뚜렷하며 계단 오르내리기에 안정성이 떨어져 넘어지기가 쉬운 경우
   ⓑ 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 상당히 어려움이 있는 경우

(4) 시각장해

① 좋은 눈의 시력이 0.1이하인 경우
② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 경우
※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장해

① 두 귀의 청력 손실이 각각 70데시벨 이상인 경우
② 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 경우
③ 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 경우
※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장해

① 발성(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장애
② 말의 흐름이 방해받는 말더듬 (아동 41-96%, 성인 24-96%)
③ 자음정확도 30-75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장애
④ 매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
⑤ 매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

【별표9】

과로사관련특정질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 과로사관련특정질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 바이러스 간염	B15~B19
2. 고혈압성 심장병	I11
3. 고혈압성 심장 및 신장질환	I13
4. 급성심근경색증	I21
5. 협심증	I20
6. 지주막하 출혈	I60
7. 뇌내출혈	I61
8. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
9. 뇌경색증	I63
10. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
11. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
12. 고혈압성 뇌병증	I67.4
13. 간의 질환	K70~K77

- 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.
- 분류번호 K70~K77에 해당하는 간질환중 간암에 대해서는 보장하지 아니합니다.

【별표10】

악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 피부의 기타 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증다증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

※ 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표11】

제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표12】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 경계성종양으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표13】

기관(organ) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

개별 기관(organ)분류	분류번호	대분류
1. 입술	C00	입술 구강 및 인두
2. 혀(혓바닥, 혀의 기타 부위)	C01, C02	
3. 잇몸	C03	
4. 입바닥	C04	
5. 구개	C05	
6. 기타 구강 부위 및 '입술, 구강 및 인두'내 기타 기관	C06, C14	
7. 귀밑샘	C07	
8. 기타 주침샘	C08	
9. 편도	C09	
10. 인두(입인두, 비인두, 이상동, 하인두 포함)	C10, C11, C12, C13	
11. 식도	C15	소화 기관
12. 위	C16	
13. 소장	C17	
14. 직결장(직장구불결장 이행부 포함) 및 '소화기관'내 기타 기관	C18, C19, C20, C26 (C26.1제외)	
15. 항문 및 항문관	C21	
16. 간 및 간내 담관	C22	
17. 담낭	C23	
18. 기타 담도 부위	C24	
19. 췌장	C25	
20. 비강 및 중이	C30	호흡기 및 흉곽내 장기
21. 부비동	C31	
22. 후두	C32	
23. 기관	C33	
24. 기관지 및 폐 및 '호흡기 및 흉곽내 장기'내 기타 기관	C34, C39	
25. 흉선	C37	
26. 심장, 종격 및 흉막	C38	
27. 뼈 및 관절연골	C40, C41	뼈 및 관절 연골
28. 피부	C43, C44	피부
29. 중피, 말초신경 및 자율신경 부위, 후복막 및 복막, 기타결합 및 연조직	C45, C47, C48, C49	중피성 및 연조직
30. 유방	C50	유방
31. 외음	C51	여성 생식 기관
32. 질	C52	
33. 자궁(자궁경부, 자궁체부, 기타자궁부위) 및 '여성 생식기관'내 기타 기관	C53, C54, C55, C57	
34. 난소	C56	
35. 태반	C58	

대 상 질 병	분류번호	대분류
36. 음경	C60	남성
37. 전립선 및 '남성 생식기관'내 기타 기관	C61, C63	생식
38. 고환	C62	기관
39. 신장, 신우 및 '요로' 내 기타 기관	C64, C65, C68	
40. 요관	C66	요로
41. 방광	C67	
42. 눈 및 눈부속기	C69	눈,뇌
43. 수막	C70	및
44. 뇌	C71	중추
45. 척수, 뇌신경 및 기타 중추신경 부위	C72	신경계
46. 갑상선	C73	내
47. 부신	C74	분비샘
48. 기타 내분비선	C75	
49. 비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계	C81-C96, C26.1,D45, D46,D47.1, D47.3, D47.4, D47.5	비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계

주1) 상기 분류번호 예시에 해당되지 않는 암의 경우 (C46, C76-C80, C97, U99), 회사는 암으로 진단확정된 '기관(organ)'을 병원 기록 또는 조직병리학적 검사결과를 통해 '기관(organ) 분류표'에 있는 각 개별 '기관(organ)'으로 분류합니다.

주2) 상기 분류번호 예시 중 C44 와 C73에 해당하는 암인 경우, 보장에서 제외합니다.

주3) 인체내에 두개 이상 존재하는 기관인 경우, 제 6차 개정 한국표준질병 사인분류에서 같은 이름으로 명명되고 있는 기관(organ)(예: 좌측 및 우측 유방, 신장, 고환, 폐, 요관, 난소, 부신, 눈, 부갑상선 등)은 같은 '기관(organ)'으로 분류합니다.

주4) 제 7차 개정 이후 한국표준질병 사인분류에 있어서, 상기 "분류번호 예시" 이외에 개별 '기관(organ)'에 해당하는 분류번호가 있는 경우에는 그 분류번호도 포함하는 것으로 합니다.

【별표14】

5대고액치료비암 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 5대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 기타 B-세포림프종[악성 면역증식질환]	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈성	C95
- 림프, 조혈·관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병	D47.5

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표15】

뇌졸중대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중대상질병으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표16】

뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1.지주막하 출혈	I60
2.뇌내출혈	I61
3.기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4.뇌경색증	I63
5.출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6.뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7.뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

제7차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표17】

급성심근경색증대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증대상질병으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 급성심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표18】

허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1.협심증	I20
2.급성심근경색증	I21
3.이차성 심근경색증	I22
4.급성심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
6. 만성허혈성심장병	I25

제7차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표19】

말기 폐질환(End Stage Lung Disease)

1. 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
   가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
   나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
2. 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하기도 질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

3. 상기 1 ~ 2에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.
   (예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이나 2에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
   ② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우
4. 말기 폐질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 말기 폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표20】

말기 간경화(End Stage Liver Cirrhosis)

1. 말기 간질환(경화)이라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.
   ① 통제가 불가능한 복수증
   ② 영구적인 황달
   ③ 위나 식도벽의 정맥류
   ④ 간성 뇌증
2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.
3. 말기 간경화의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소 간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 말기 간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표21】

특정전염병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 특정전염병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1～A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장출혈성대장균감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33～A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진(독일홍역)	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렙토스피라병	A27
성홍열	A38
수막구균 수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
재향군인병	A48.1～A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50～B54

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표22】

18대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 18대질병으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류코드
당 뇨 병	당뇨병	E10-E14
심장질환	급성 류마티스열	I00-I02
	만성 류마티스 심장질환	I05-I09
	허혈성 심장질환	I20-I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26-I28
	기타 형태의 심장병	I30-I52
고 혈 압	고혈압 질환	I10-I15
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60-I69
간 질 환	바이러스 간염	B15-B19
	간의 질환	K70-K77
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명부위의 소화성궤양	K27
갑 상 선 질 환	갑상선의 장애	E00-E07
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증	
	수술후 갑상선기능저하증	
동맥 경화증	죽상경화증	I70
만성하기도 질 환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
폐 렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
백 내 장	노년성 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
녹 내 장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
결 핵	결핵	A15-A19
	결핵의 후유증	B90
신 부 전	신부전	N17-N19
담 석 증	담석증	K80
사타구니 탈장	사타구니탈장	K40
편 도 염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축 농 증	만성 부비동염	J32

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표23】

7대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 7대질병으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류코드
심장질환	1.급성 류마티스열 2.만성류마티스 심장질환 3.허혈성 심장질환 4.폐성 심장병 및 폐순환의 질환 5.기타 형태의 심장병	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I30~I52
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	160~169
간질환	1.바이러스간염 2.간의 질환	B15~B19 K70~K77
고혈압	고혈압 질환	I10~I15
당뇨병	당뇨병	E10~E14
만성 하기도질환	1.급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 2.단순성 및 점액농성만성기관지염 3.상세불명의 만성 기관지염 4.천식 5.천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46
위궤양 및 십이지장궤양	1.위궤양 2.십이지장궤양 3.상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표24】

호흡기관련질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 호흡기관련질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD:통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 급성상기도감염	J00 ~ J06
2. 상세불명의 상기도질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액농성 만성기관지염	J41
5. 상세불명의 만성 기관지염	J42
6. 천식, 천식지속 상태	J45, J46
7. 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 홍역	J12 ~ J18, A48.1, B05.2

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표25】

충수염(맹장염) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
충수의 질환	K35 ~ K38

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표26】

컴퓨터과잉질환(VDT증후군) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 근육장애	M60～M63
2. 윤활막 및 힘줄장애	M65～M68
3. 결합조직의 기타 전신침범	M35
4. 기타 연조직장애	M70～M79
5. 기타 관절연골장애, 인대장애	M24.1, M24.2
6. 관절통, 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.5, M25.6
7. 경추상완증후군	M53.1
8. 팔의 단일 경병증	G56

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표27】

여성골다공증 분류표

약관에 규정하는 여성골다공증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류코드
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	골연속성의 장애	M84

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표28】

유방절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방절제수술비의 유방절제수술은 국제의료행위 분류표(100. 9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대 상 수 술 명	수술 및 처치 코드
1. 편측단순유방절제술	85.41
2. 양측단순유방절제술	85.42
3. 편측확대유방절제술	85.43
4. 양측확대유방절제술	85.44
5. 편측근치적유방절제술	85.45
6. 양측근치적유방절제술	85.46
7. 편측확대근치적유방절제술	85.47
8. 양측확대근치적유방절제술	85.48

【별표29】

특정부위·질병 분류표

- 【별표29-1】 특정부위 분류표

구분	특정부위
1	위, 십이지장 또는 공장
2	맹장 (충수돌기 포함) 또는 회장
3	직장 또는 항문
4	간장, 담낭 또는 담관
5	췌장
6	기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽
7	코 (외비, 비강 또는 부비강 포함)
8	인두 또는 후두
9	구강, 치아, 혀, 악하선, 이하선 또는 설하선
10	귀 (외이, 고막, 중이, 내이, 청신경 및 유양돌기 포함)
11	안구 또는 안구부속기 (안검, 결막, 누기, 안근 또는 안와내 조직 포함)
12	신장
13	요관, 방광 또는 요도
14	전립선
15	유방 (유선 포함)
16	자궁 (이상분만의 경우 포함)
17	난소 또는 난관
18	고환 (고환초막 포함), 부고환, 정관, 정삭 또는 정낭
19	갑상선
20	경추부 (해당신경 포함)
21	흉추부 (해당신경 포함)
22	요추부 (해당신경 포함)
23	선골부 또는 미골부 (해당신경 포함)
24	좌견관절부
25	우견관절부
26	좌고관절부
27	우고관절부
28	좌상지 (좌견관절부 제외)
29	우상지 (우견관절부 제외)
30	좌하지 (좌고관절부 제외)
31	우하지 (우고관절부 제외)
32	자궁체부 (제왕절개술을 받은 경우에 한함)
33	서혜부 (서혜 헤르니아, 음낭, 헤르니아 또는 대퇴 헤르니아가 생긴 경우에 한함)
34	식도
35	대장 (맹장 및 직장 제외)
36	피부(두피 및 입술 포함)
37	수골(手骨)
38	족골(足骨)
39	상・하악골(上・下顎骨)
40	우수부(右手部)
41	좌수부(左手部)
42	우족부(右足部)
43	좌족부(左足部)
44	부갑상선샘
45	비장
46	쇄골
47	늑골(갈비뼈)

- 【 별표29-2 】 특정질병 분류표

구분	특정질병	분류코드	항목명
48	척추질환	M40	척주뒤굽음증 및 척주앞굽음증
		M41	척주옆굽음증
		M42	척추성 골연골증
		M43	기타 변형성 배병증
		M45	강직성 척추염
		M46	기타 염증성 척추병증
		M47	척추증
		M48	기타 척추병증
		M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
		M50	목뼈원판 장애
		M51	기타 추간판 장애
		M53	달리 분류되지 않은 기타 배병증
		M54	배통
49	연골증, 관절증, 관절염	M00	화농성 관절염
		M01	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염
		M02	반응성 관절병증
		M03	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증
		M05	혈청검사 양성인 류마티스 관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M07	건선성 및 장병증성 관절병증
		M08	청소년성 관절염
		M09	달리 분류된 질환에서의 청소년성 관절염
		M10	통풍
		M11	기타 결절성 관절병증
		M12	기타 특정 관절병증
		M13	기타 관절염
		M14	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증
		M15	다발성 관절증
		M16	엉덩관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1손목손허리 관절의 관절증
		M19	기타 관절증
		M93	기타 골연골병증
		M94	연골의 기타 장애

구분	특정질병	분류코드	항목명
50	심장질환	I00	심장 침습이 없는 류마티스열
		I01	심장 침습이 있는 류마티스 열
		I02	류마티스 무도병
		I05	류마티스 승모판 질환
		I06	류마티스 대동맥판 질환
		I07	류마티스 삼첨판 질환
		I08	다발성 판막 질환
		I09	기타 류마티스 심장 질환
		I20	협심증
		I21	급성 심근경색증
		I22	속발성 심근경색증
		I23	급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증
		I24	기타 급성 허혈성 심장 질환
		I25	만성 허혈성 심장병
		I26	폐 색전증
		I27	기타 폐성 심장 질환
		I28	기타 폐혈관의 질환
		I30	급성 심장막염
		I31	기타 심장막의 질환
		I32	달리 분류된 질환에서의 심장막염
		I33	급성 및 아급성 심내막염
		I34	비류마티스 승모판 장애
		I35	비류마티스 대동맥판 장애
		I36	비류마티스 삼첨판 장애
		I37	폐동맥판 장애
		I38	상세불명 판막의 심내막염
		I39	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애
		I40	급성 심근염
		I41	달리 분류된 질환에서의 심근염
		I42	심장근육병증
		I43	달리 분류된 질환에서의 심장근육병증
		I44	심방실 차단 및 좌각 차단
		I45	기타 전도 장애
		I46	심장정지
		I47	발작성 빠른맥
		I48	심방 잔떨림 및 된떨림
		I49	기타 심장성 부정맥
		I50	심장기능상실(심부전)
		I51	심장병의 불명확한 기록 및 합병증
		I52	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애

구분	특정질병	분류코드	항목명
51	뇌혈관질환	I60	거미막밑 출혈
		I61	뇌내출혈
		I62	기타 비외상성 머리내 출혈
		I63	뇌경색증
		I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍
		I65	대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착
		I66	대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착
		I67	기타 뇌혈관 질환
		I68	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애
		I69	뇌혈관 질환의 후유증
		G45	일과성 대뇌 허혈성 발작 및 관련 증후군
		G46	대뇌혈관 질환에서의 뇌혈관 증후군
52	고혈압	I10	본태성(원발성) 고혈압
		I11	고혈압성 심장병
		I12	고혈압성 콩팥(신장)병
		I13	고혈압성 심장 및 콩팥(신장)병
		I15	이차 고혈압
53	당뇨병	E10	인슐린-의존 당뇨병
		E11	인슐린-비의존 당뇨병
		E12	영양실조와 관련된 당뇨병
		E13	기타 명시된 당뇨병
		E14	상세불명의 당뇨병
		O24	임신중 당뇨병
54	결핵	A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵
		A16	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵
		A17	신경계통의 결핵
		A18	기타 장기의 결핵
		A19	좁쌀 결핵
55	하지정맥류	I80	정맥염 및 혈전정맥염
		I83	다리의 정맥류
		I87	정맥의 기타 장애
56	자궁내막증	N80	자궁내막증
57	골반염	N70	자궁관염 및 난소염
		N71	자궁목을 제외한 자궁의 염증성 질환
		N72	자궁목의 염증성 질환
		N73	기타 여성 골반의 염증성 질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애
58	요로 결석증	N20	콩팥(신장) 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 콩팥(신장) 산통
59	고지혈증	E78	지단백질 대사 장애 및 기타 지혈증

구분	특정질병	분류코드	항목명
60	임신 중독증	O11	부가된 단백뇨를 동반한 선재성 고혈압 장애
		O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신 유도성] 부종 및 단백뇨
		O13	의미있는 단백뇨를 동반하지 않은 임신성[임신 유도성] 고혈압
		O14	의미있는 단백뇨를 동반한 임신성[임신 유도성] 고혈압
		O15	자간증
61	자궁근종	D25	자궁의 평활근종
62	암	C00~C14	입술, 구강 및 인두의 악성신생물
		C15~C26	소화기관의 악성신생물
		C30~C39	호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물
		C40~C41	뼈 및 관절연골의 악성신생물
		C43	피부의 악성 흑색종
		C45~C49	중피성 및 연조직의 악성신생물
		C50	유방의 악성신생물
		C51~C58	여성 생식기관의 악성 신생물
		C60~C63	남성 생식기관의 악성 신생물
		C64~C68	요로의 악성 신생물
		C69~C72	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물
		C74	부신의 악성신생물
		C75	기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물
		C76~C80	불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물
		C81~C96	림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물
		C97	독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물
		D45	진성 적혈구 증다증
		D46	골수 형성이상 증후군
		D47.1	만성 골수증식 질환
		D47.3	본태성(출혈성) 혈소판 증가증
		D47.4	골수섬유증
		D47.5	만성 호산구성 백혈병
63	담석증	K80	담석증
64	골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사 양성인 류마티스 관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M08	청소년성 관절염
		M15	다발성 관절증
		M16	엉덩관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1손목손허리 관절의 관절증
		M19	기타 관절증
65	통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사 장애
		M10	통풍

구분	특정질병	분류코드	항목명
66	사시	H49	마비성 사시
		H50	기타 사시
		H51	양안운동의 기타 장애
67	백내장	H25	노년 백내장
		H26	기타 백내장
		H27	수정체의 기타 장애
68	탈장 (음낭수종 포함)	K40	샅(서혜)헤르니아
		K41	넓적다리헤르니아
		K42	배꼽 헤르니아
		K43	복벽 헤르니아
		K44	가로막 헤르니아
		K45	기타 복부 헤르니아
		K46	상세불명의 복부 헤르니아
		N43	음낭수류 및 정액류
69	복막의 질환	K65	복막염
		K66	복막의 기타 장애
		K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
70	골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
		M81	병적골절이 없는 골다공증
		M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
71	장염	A04	기타 세균성 창자 감염
		A05	달리 분류되지 않는 기타 세균성 식중독
		A08	바이러스 및 기타 명시된 창자 감염
		A09	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 대장염
		K52	기타 비감염성 위장염 및 대장염(큰창자염)
72	천식	J45	천식
		J46	천식지속 상태
73	유산	N96	습관성 유산자
		O00	자궁외 임신
		O01	포상기태
		O02	기타 이상 임신부산물
		O03	자연 유산
		O04	의학적 유산
		O05	기타 유산
		O06	상세불명의 유산
		O07	시도된 유산의 실패
		O08	유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
		O20	초기 임신중 출혈

MEMO